

Module 6

Comprendre et gérer les risques cliniques

Complication par défaut de surveillance d'un pansement compressif

Un père a emmené sa fille de deux ans, Hao, aux urgences d'un hôpital régional un vendredi soir. Hao avait des antécédents récents de bronchite et avait déjà été vue en consultation externe. Le médecin a hospitalisé Hao afin de la traiter pour une pneumonie. Une perfusion intraveineuse était posée sur le dos de son pied gauche et un bandage circulaire était réalisé. Elle était ensuite transférée dans le service et placée sous la surveillance du personnel infirmier

et d'un médecin de garde pour le week-end. Le bandage du pied n'était pas vérifié avant le dimanche matin tôt (soit près de 48 heures plus tard), bien qu'une lésion cutanée, qui constitue un facteur de risque connu chez le nourrisson, puisse survenir dans les 8 à 12 heures. Une zone de nécrose était apparue au niveau du talon gauche et des ulcères se développaient ensuite sur la partie supérieure du pied gauche. Après sa sortie de l'hôpital avec un simple traitement local, Hao était réadmise dans un autre établissement pour enfants où elle a eu besoin de soins prolongés. Elle a également développé des troubles du comportement à la suite de cette mésaventure.

Source : Case studies – investigations, *Health Care Complaints Commission Annual Report 1999-2000*:59, Sydney, New South Wales, Australia.

Introduction–Pourquoi la gestion des risques cliniques est-elle importante pour la sécurité des patients ?



La gestion des risques est une pratique courante dans la plupart des secteurs d'activité qui vise généralement à minimiser les frais en rapport avec les litiges. En santé, les litiges consistent habituellement en actions en justice engagées par des patients contre un professionnel de santé ou un hôpital quand ils considèrent qu'un dommage leur a été causé par les soins ou un traitement. Quand il s'agit d'entreprises ce sont des stratégies pour éviter les pertes financières, fraudes ou incapacités à atteindre les objectifs de production qui seront mises en œuvre. Pour ne pas rencontrer les problèmes évoqués dans l'étude de cas décrite ci-dessus, les hôpitaux et les organisations de soins ont recours à diverses méthodes de gestion des risques. Cependant, le succès d'un programme de gestion des risques nécessite de construire et faire vivre un système de soins sûr, conçu pour minimiser la

survenue d'événements indésirables et optimiser le travail des professionnels [1]. De nombreux établissements et services de soins ont déjà mis en place des systèmes permettant, entre autres, le signalement des chutes de patients, des erreurs médicamenteuses, des oublis de compresses durant une intervention et des erreurs d'identification de patients. Néanmoins, la plupart des services de soins viennent juste de commencer à s'intéresser aux différents aspects des pratiques cliniques dans le but d'en réduire les risques pour les patients.

Les étudiants, comme toute autre personne travaillant au sein d'un établissement de soins, doivent prendre les bonnes décisions lorsqu'ils sont confrontés à une situation où un environnement à risque. Attendre qu'un sol mouillé et glissant soit sec afin d'éviter qu'un patient ne chute est tout aussi important que s'assurer que le traitement administré au patient est le bon. Si un patient chute sur un sol glissant ou reçoit le mauvais médicament, il est important que les

étudiants déclarent l'EIAS afin de faciliter la prise de mesures visant à éviter que de tels événements ne se reproduisent à l'avenir. Si le personnel infirmier a eu depuis longtemps l'habitude de déclarer certains types d'EIAS, on en attend aujourd'hui tout autant de l'ensemble des professionnels de santé, lesquels se doivent en outre d'en tirer des enseignements. Si les étudiants viennent un jour à constater que certains professionnels expérimentés ne déclarent pas les EIAS, il leur faudra garder à l'esprit qu'un service de santé doté d'une culture de la déclaration est plus sûr qu'un service qui en est dépourvu. L'exemplarité des professionnels de santé doit permettre de valoriser la culture de la déclaration aux yeux des étudiants.

Une gestion des risques efficace implique tous les niveaux du service de santé. C'est pourquoi il est crucial que tous les professionnels de santé comprennent ce qu'est la gestion des risques, quels en sont les stratégies et objectifs, ainsi que leur importance sur leur propre lieu de travail. Malheureusement, dans les établissements de soins qui ont mis en place des politiques de déclaration des EIAS, notamment des erreurs médicamenteuses et des chutes, la déclaration effective de tels EIAS est souvent sporadique. Certain(e)s infirmier(ère)s les signalent volontiers tandis que les médecins du même service peuvent se montrer plus sceptiques quant aux bénéfices de ces déclarations du fait qu'ils n'en constatent aucune retombée positive. Les étudiants peuvent commencer à s'exercer à cette pratique du signalement en discutant avec l'équipe soignante des risques et des erreurs, ainsi que des stratégies mises en place pour les gérer et les éviter.

En santé, le rôle des lanceurs d'alerte (personnes qui signalent une inquiétude quant à des irrégularités présumées au sein d'une organisation) n'a pas bonne presse, en dépit du fait que la plupart ont toujours tenté de corriger les problèmes par les voies standard. C'est le refus ou l'incapacité d'une organisation à régler le problème qui pousse ces personnes à en référer à des autorités supérieures. Les pays n'ont pas tous des lois protégeant les lanceurs d'alertes. Bien qu'il ne soit pas demandé aux professionnels de santé de se comporter en lanceurs d'alerte héroïques, ils ont cependant le devoir de protéger les patients qu'ils prennent en charge. Les études montrent que les infirmier(ère)s déclarent plus facilement les EIAS que d'autres professionnels de santé. Le manque de déclaration peut probablement s'expliquer par le fait que la culture punitive en santé constitue un important facteur de dissuasion. Aujourd'hui, la plupart des programmes de gestion des risques visent à renforcer la sécurité et la qualité tout en réduisant le risque de litiges ou de pertes (perte de motivation, perte de personnel, perte de réputation). Le succès de ces programmes dépend toutefois de nombreux facteurs.

La gestion des risques cliniques se concentre sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de leur organisation attendue de



l'identification des circonstances et des situations qui exposent les patients à des risques de dommages et de la prévention et du contrôle de ces risques. Pour gérer les risques cliniques, le processus suivant en quatre étapes est fréquemment utilisé :

1. identifier les risques ;
2. évaluer la fréquence et la gravité des risques ;
3. réduire ou éliminer les risques ;
4. évaluer ce qui est économisé par la réduction des risques ou les coûts qui seraient engendrés par leur non-gestion.

Les étudiants et les autres professionnels de santé se sentent principalement concernés par les risques pour les patients. Le module 1 de ce guide pédagogique aborde l'ampleur des dommages associés aux soins. Cet état de fait a conduit les organisations à se préoccuper de la gestion des risques cliniques. La gestion des risques cliniques permet d'identifier les erreurs potentielles. Le milieu de la santé est par définition un milieu à risques et bien qu'il soit impossible de les éliminer tous complètement, de nombreuses actions peuvent être mises en place pour minimiser les risques d'erreurs. Il est important d'aborder la gestion des risques avec les étudiants pour leur faire prendre conscience que les soins et les traitements comportent des risques associés et que des EIAS peuvent se produire. Les étudiants (au même titre que tous les autres professionnels de santé) doivent agir uniquement après avoir activement mesuré les risques et les bénéfices anticipés de chaque situation clinique. Ils doivent, entre autres, savoir reconnaître leurs limites et leur manque d'expérience et éviter de donner des soins ou prescrire des traitements sans supervision. Les étudiants doivent chercher à s'informer sur les risques passés et participer activement aux efforts visant à éviter qu'ils ne se reproduisent. Par exemple, les étudiants peuvent chercher à s'informer sur le respect des protocoles d'hygiène des mains pour minimiser la propagation des infections. Au lieu de se contenter de réagir aux problèmes à mesure qu'ils surviennent, il leur est possible d'être proactifs pour les éviter.

Mots-clés

Risques cliniques, gestion des « presque accidents », gestion des erreurs, évaluation des risques, EIAS, surveillance des EIAS.

Objectif d'apprentissage



Savoir comment appliquer les principes de la gestion des risques en identifiant, évaluant et signalant les dangers et les risques potentiels existant sur le lieu de travail.

Acquis de l'apprentissage : connaissances théoriques et pratiques

Connaissances théoriques



Les étudiants doivent :

- savoir comment réunir des informations au sujet des risques ;

- comprendre les exigences des conditions d'exercice de leur profession et la responsabilité individuelle dans la gestion des risques cliniques ;
- savoir comment gérer les risques ou les dangers sur le lieu de travail ;
- savoir quand et comment demander de l'aide à un formateur, superviseur ou professionnel de santé expérimenté.

Connaissances pratiques



Les étudiants doivent :

- rester précis et compléter les dossiers ;
- participer aux réunions de discussion sur la gestion des risques et la sécurité du patient ;
- répondre de façon appropriée aux patients et à leurs proches après la survenue d'un événement indésirable ;
- répondre de façon appropriée aux plaintes ;
- préserver leur propre santé et leur propre bien-être.

Obtenir des informations sur les risques



Les étudiants peuvent ne pas être immédiatement au courant qu'il existe un programme de gestion des risques au sein de leur hôpital, clinique ou lieu de travail. Toutefois, la plupart des établissements de santé dans le monde ont recours à une série de dispositifs pour mesurer les dommages causés aux patients et au personnel et pour éviter les problèmes connus. Certains pays disposent de données importantes nationales et régionales sur les EIAS. En Australie, l'Advanced Incident Management System constitue une approche globale de déclaration et d'analyse des EIAS. Aux États-Unis, le Department of Veterans Affairs (département américain des anciens combattants) a mis en place un centre national pour la sécurité des patients utilisant une approche structurée appelée *Analyse des Causes Racines* afin d'évaluer, d'analyser et de traiter ce type de problèmes. (Voir les modules 5 et 7 pour en savoir plus sur l'Analyse des Causes Racines).



Le principe à l'origine de l'Analyse des Causes Racines est que la cause (racine) réelle d'un problème particulier est rarement immédiatement reconnaissable au moment de la survenue de l'erreur ou de l'EIAS. Une évaluation superficielle ou biaisée d'un problème ne permet généralement pas de le régler et d'autres EIAS pourront se produire dans des circonstances similaires.

L'une des principales raisons d'être de l'Analyse des Causes Racines est le plan d'action qui en découle. Dans de nombreux établissements et organisations de soins, le processus n'aboutit pas, et ce principalement pour deux raisons : soit parce que les actions recommandées supposent des ressources qui ne sont pas disponibles, soit parce qu'il n'y a pas d'engagement de la part du management de l'établissement à suivre les préconisations.

Certaines des organisations de soins qui ont rendu la déclaration des EIAS obligatoire se retrouvent

tellement surchargées de cas déclarés que beaucoup demeurent en attente d'analyse par manque de ressources. Pour pallier ce problème, de nombreuses organisations de soins ont instauré une échelle d'évaluation de la gravité permettant d'identifier les EIAS associés aux situations les plus à risque. Toutefois, même l'instauration d'un système de tri pour repérer les EIAS les plus graves s'avère parfois insuffisante pour surmonter totalement cette difficulté.

Les mesures généralement prises dans le cadre de la gestion des risques cliniques sont détaillées ci-après.

Surveillance des EIAS

La gestion des EIAS existe depuis plusieurs dizaines d'années. De nombreux pays sont maintenant dotés de bases de données des EIAS survenus dans différentes spécialités, comme la chirurgie, l'anesthésie et la santé maternelle et infantile. L'OMS définit un EIAS comme un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner ou a entraîné un dommage non intentionnel et/ou évitable à une personne et/ou une plainte, une perte ou un dommage. L'un des intérêts majeurs de la gestion des EIAS est qu'elle permet de recueillir des informations utiles pour éviter qu'ils ne se reproduisent à l'avenir. Par ailleurs, les méthodes quantitatives s'avèrent nécessaires pour analyser la fréquence de tels EIAS.

Promouvoir la déclaration des EIAS signifie diffuser les mécanismes d'identification, de traitement, d'analyse et de gestion des EIAS pour éviter qu'ils ne se reproduisent [2]. La clé d'un système de gestion efficace des EIAS est leur déclaration systématique et celle des « presque accidents » par le personnel de santé. Toutefois, tant que les membres du personnel ne seront pas convaincus et confiants que les informations données à la direction servent à améliorer le résultat des soins et non à blâmer les personnes, ils se montreront réticents à déclarer ces EIAS. Ils veulent également être certains que le management agira sur la base desdites informations. Si les étudiants signalent un EIAS à un formateur, superviseur ou tout autre professionnel de santé qui ne tient pas compte de leur implication, il est probable qu'ils ne feront pas d'autres déclarations par la suite. Le corps enseignant devrait donc inciter les étudiants à continuer de déclarer les EIAS, même dans ce cas de figure. Les étudiants d'aujourd'hui seront les professionnels expérimentés de demain et leurs actions influenceront leurs plus jeunes collègues et étudiants.

L'encouragement à la déclaration vise à identifier et analyser une plus grande proportion d'EIAS afin d'améliorer les soins. Ce type de surveillance implique un travail de tous les jours de la part de l'équipe soignante et s'articule autour des actions suivantes :

- discussion sur les EIAS comme point permanent à l'ordre du jour des réunions hebdomadaires du personnel ;

- étude hebdomadaire des domaines dans lesquels les erreurs surviennent ;
- discussion détaillée avec l'équipe sur les faits d'un EIAS et les mesures de suivi requises. Cette discussion aura avant tout un but pédagogique et ne visera pas à rejeter la faute sur qui que ce soit ;
- identification des problèmes systémiques afin de les résoudre et d'informer les autres membres du personnel de difficultés potentielles.

Certaines organisations encouragent non seulement le signalement des EIAS, mais également celui des « presque erreurs », notamment pour la valeur ajoutée que ces derniers présentent en matière d'identification des nouveaux problèmes et des facteurs contributifs, ce qui permet ainsi de les éviter avant que des dommages graves ne soient causés aux patients. Un « presque accident » est un EIAS qui n'a

pas provoqué de dommage. Le « presque accident » est parfois également appelé « presque atteinte » car les actes réalisés auraient pu causer un événement indésirable si des mesures correctives n'avaient pas été prises à temps. Dans les contextes où la culture du blâme est bien ancrée, parler de « presque accident » peut s'avérer plus facile que parler d'EIAS aux conséquences lourdes car personne ne risque d'être culpabilisé dans la mesure où aucun dommage n'a été causé au patient. Par exemple, il est probablement plus aisé pour un pharmacien de discuter d'une erreur médicamenteuse repérée avant la dispensation grâce à un système de vérification. Dans de tels cas, les erreurs n'ont pas été commises mais auraient pu l'être en l'absence de systèmes permettant de les identifier et de les prévenir. Voir Tableau B.6.1 pour plus d'informations sur la surveillance des EIAS.

Tableau B.6.1. Types de problèmes identifiés par la surveillance des EIAS

Type d'EIAS	% des déclarations ^a
Chutes	29
Lésions provoquées par d'autres causes que les chutes (brûlures, escarres, agression physique, automutilation)	13
Erreurs médicamenteuses (oubli, surdose, sous-dose, mauvaise voie d'administration, mauvais médicament)	12
Problèmes de procédure clinique (mauvais diagnostic, traitement ou soins inappropriés)	10
Problèmes d'équipement (indisponibilité, équipement inapproprié, mauvaise conception, mauvaise utilisation, défaillance, dysfonctionnement)	8
Problèmes de documentation (inappropriée, incorrecte, incomplète, caduque, peu claire)	8
Environnement à risque (contamination, désinfection ou stérilisation inadaptée)	7
Ressources inappropriées (personnel absent, indisponible, inexpérimenté, mal orienté)	5
Problèmes logistiques (problèmes concernant l'hospitalisation, le traitement, le transport, la réponse à une urgence)	4
Problèmes administratifs (supervision inadéquate, manque de ressources, mauvaises décisions de gestion)	2
Problèmes de perfusion (oubli, mauvais débit)	1
Problème d'infrastructures (panne d'électricité, nombre de lits insuffisant)	1
Problèmes liés à l'alimentation (nourriture servie à un patient qui doit être à jeun, régime inapproprié, nourriture contaminée, soucis de commande)	1
Problèmes liés aux colloïdes ou produits sanguins (oubli, sous-dose, surdose, problèmes de stockage)	1
Problème liés à l'oxygène (oubli, surdose, sous-dose, arrêt prématuré, absence d'apport)	1

^a Un EIAS peut relever de plusieurs catégories.

Source : Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 2007 [3].

Événements sentinelles



Un événement sentinelle se définit comme « un événement indésirable qui ne devrait jamais pouvoir arriver » [3], qui est habituellement inattendu et qui occasionne le décès du patient ou des conséquences physiques ou psychiques graves. Les pays sont de plus en plus nombreux à mesurer la gravité des événements indésirables en même temps qu'ils les analysent. Le terme *événement sentinelle* est réservé aux plus graves.

La déclaration de ce type d'événements est devenue obligatoire dans bon nombre d'établissements de soins en raison des risques majeurs associés à leur

réurrence. Ils sont souvent répertoriés dans différentes catégories (chirurgie sur le mauvais patient ou sur le mauvais site, incompatibilité transfusionnelle, erreur médicamenteuse provoquant le décès, extraction de la mauvaise dent, dispensation du mauvais médicament, nouveau-né remis à une mère qui n'est pas la sienne, etc.). Les événements qui n'entrent pas clairement dans l'une des catégories établies sont classés dans les « autres événements catastrophiques ». Ces « autres événements catastrophiques » représentent la moitié des événements sentinelles recensés aux États-Unis et plus des deux tiers de ceux recensés en Australie [3]. Les

causes à l'origine de l'événement sentinelle peuvent avoir été multiples et ne pas avoir été contrôlées, provoquant ainsi un dommage catastrophique pour le patient.

Rôle des plaintes dans l'amélioration des soins



Une plainte se définit comme l'expression de l'insatisfaction d'un patient, d'un proche ou d'un soignant à l'égard des soins dispensés. Les étudiants traitant des patients aux côtés de leur formateur ou superviseur verront peut-être leur nom cité dans une plainte mettant en cause les soins ou le traitement reçus. Ils peuvent alors se sentir vulnérables et s'inquiéter de recevoir une sanction ou de voir leur carrière en pâtir.

Les étudiants visés dans une plainte qu'ils jugent injustifiée peuvent se montrer gênés, pleins de remords, en colère ou sur la défensive, comme n'importe quel autre professionnel de santé qui se retrouve dans ce cas. Même s'il s'avère souvent délicat de gérer les plaintes des patients ou de leurs proches, celles-ci doivent rester l'occasion d'améliorer la pratique professionnelle et de restaurer ainsi un climat de confiance entre le patient et ses proches et les professionnels de santé [4]. Les plaintes mettent souvent en lumière des problèmes qui doivent absolument être résolus, comme la mauvaise communication ou la prise de décision approximative. Parmi les principales causes de plaintes figurent les problèmes de communication, les problèmes liés au traitement et les problèmes liés au diagnostic. Les plaintes peuvent être évitées dès lors que les étudiants ou les professionnels de santé s'assurent que leur patient ne garde pas une revendication, négligée, rejetée ou sous-estimée en quoi que ce soit.

Les étudiants qui sont au début de leur carrière de santé se forment à la prise de décision médicale et à la prise en charge du patient et réalisent combien toutes ces tâches peuvent s'avérer complexes. Il n'est donc pas si surprenant qu'une mauvaise communication puisse exister ou que des soins sous-optimaux soient parfois fournis. Les plaintes des patients permettent d'identifier les procédures de soins à améliorer. Elles peuvent conduire à une meilleure formation ou supervision des étudiants dans des situations données. Les informations recueillies dans les plaintes peuvent également servir à sensibiliser les professionnels de santé aux différents types de problèmes.

Les plaintes permettent aussi de [4]:

- favoriser le maintien de standards de soins élevés ;
- réduire la fréquence des litiges ;
- pérenniser la confiance dans la profession ;
- encourager l'auto-évaluation ;
- protéger le public.

Les étudiants doivent garder à l'esprit que la plupart des professionnels de santé sont confrontés à des

plaintes durant leur carrière et que cela ne constitue en rien une preuve d'incompétence ou de malveillance. Même les professionnels de santé les plus consciencieux et les plus compétents peuvent faire des erreurs. Les patients ont parfois avoir des attentes peu réalistes en matière de soins. L'erreur est humaine et le secteur de la santé n'y échappe pas.

Si un étudiant est concerné par une plainte ou s'il en reçoit une lorsqu'il exercera en tant que professionnel de santé, il devra savoir rester ouvert à la discussion avec la personne à l'origine de la plainte. Dans l'idéal, un professionnel plus expérimenté assistera à cette discussion. Si une organisation de soins impose à un étudiant de fournir un compte-rendu écrit de ses actions, il est important que celui-ci soit factuel et concerne directement son implication. Si l'étudiant reçoit une plainte écrite et si on lui demande un compte-rendu, il est important qu'il se tourne toujours vers un superviseur ou un formateur. Il est fort probable que l'établissement ait une politique de gestion des plaintes déjà en place.

Plaintes et questions de responsabilité individuelle

De leur point de vue, les patients doivent pouvoir exprimer leurs inquiétudes et celles-ci devraient être examinées afin de déterminer si oui ou non il y a eu un écart par rapport aux standards de soins. Après examen ou enquête, il peut apparaître que des problèmes systémiques sont au cœur de l'affaire, mais que le personnel ou l'équipe soignante peut aussi avoir contribué aux mauvais résultats, par exemple, par des simplifications excessives ou le non-respect des protocoles validés. Les standards de soins ont peut-être été inférieurs, se traduisant par des soins sous-optimaux. Les recommandations et les règles de l'établissement n'ont peut-être pas été respectées.

Par exemple, le non-respect du protocole d'hygiène des mains par un membre du personnel peut avoir conduit à la transmission d'une infection d'un patient à l'autre. Bien que l'approche initiale dans le cadre d'une enquête soit par principe systémique, il ne faut pas oublier que les personnes sont également tenues d'assumer leurs responsabilités professionnelles. Le professionnel peut en effet s'avérer directement en faute s'il ne respecte pas les standards de soins validés.

Enquêtes du coroner

La plupart des pays disposent d'un système permettant d'établir les causes de décès. Des professionnels, nommés spécifiquement, sont chargés d'enquêter sur les morts dont la cause est incertaine ou suspectée d'être liée à une activité non éthique ou illégale de la médecine. Dans de nombreux pays anglophones ils sont appelés « coroners », en France ce sont des médecins légistes. Les « coroners » possèdent une plus grande marge de manœuvre qu'une cour de justice ; après publication de leur rapport d'enquête, ils formulent des recommandations qui prennent en compte tous les problèmes systémiques.

Aptitude à exercer



En santé, l'ensemble des étudiants et des professionnels de santé sont responsables de leurs actes et de leur conduite. Ils sont responsables de leurs actes en fonction des circonstances dans lesquelles ils se trouvent. Le concept d'*aptitude à exercer* est lié à la responsabilité. Pourquoi l'aptitude à exercer est-elle une composante essentielle de la sécurité du patient ?

L'un des nombreux facteurs contribuant aux événements indésirables est lié aux compétences des professionnels de santé. Bon nombre d'erreurs conduisant à des événements indésirables sont liées à l'aptitude des professionnels à exercer. Sont-ils compétents ? Exercent-ils au-delà de leur niveau d'expérience et de compétences ? Se sentent-ils mal, stressés ou malades ? La plupart des pays disposent d'un système d'inscription des différents types de professionnels de santé, de gestion des plaintes et de maintien des standards. Il est important que les étudiants comprennent pourquoi ils doivent absolument demeurer dans leur champ de compétences et veiller à ce que leurs confrères fassent de même. Les professions de santé imposent des devoirs et des obligations à leurs membres dans un objectif de sécurité des patients.

Sélectionner les bons étudiants pour les cursus de formation aux métiers de la santé est la première étape permettant de s'assurer que les personnes formées à ces professions possèdent bien les qualités nécessaires à une pratique sûre et éthique. De nombreux programmes de formation utilisent maintenant l'approche des examens cliniques par objectifs structurés (ECOS) pour identifier les étudiants qui, en plus de présenter de bons résultats aux examens, ont les attitudes et les comportements les mieux adaptés pour travailler dans le domaine de la santé. La compassion, l'empathie et l'aspiration professionnelle à être utile à la société sont les principales qualités recherchées.

Il est important que les professionnels de santé suivent des formations tout au long de leur carrière afin de se maintenir au plus haut niveau de compétences et de se tenir au fait des dernières avancées dans leur domaine d'expertise. À mesure que les étudiants se familiariseront avec les concepts et les principes décrits dans le présent guide pédagogique, ils comprendront mieux, maîtriseront et adhéreront davantage à une pratique sûre.

Parmi les devoirs d'un professionnel de santé (ou d'un étudiant) figure le signalement d'une pratique dangereuse de la part d'un confrère ou d'un collègue, du fait de son manque de compétence, de son manque de professionnalisme ou de son absence d'éthique. Si certains pays ont rendu obligatoire le signalement des praticiens inaptes, d'autres s'en remettent à la conscience des personnes à cet égard.

Les organisations de soins doivent s'assurer que les professionnels de santé qui interviennent dans les soins et le traitement des patients ont reçu une formation appropriée et qu'ils sont compétents. Les services de santé sont tenus de vérifier qu'un professionnel de santé possède le niveau de qualification et d'expérience requis pour exercer dans le service prévu. Pour ce faire, les processus présentés ci-après sont nécessaires.

Qualification ordinale

L'Australian Council on Healthcare Standards définit la qualification ordinale comme le processus d'évaluation et de reconnaissance de l'aptitude d'une personne à fournir aux patients/clients des prestations de soins et de traitement selon des paramètres bien définis, basés sur l'autorisation individuelle, l'enseignement, la formation initiale et continue, l'expérience et la compétence. De nombreux hôpitaux, cliniques et services de soins ont instauré ce type de processus, permettant de vérifier si les professionnels possèdent les compétences et les connaissances requises pour la pratique de procédures et de traitements spécifiques. Les cliniques et les hôpitaux devront restreindre le type de procédures qu'ils proposent s'ils manquent de personnel qualifié ou si leurs ressources ne sont pas disponibles ou adaptées.

Certification

La certification est un processus formel visant à assurer la dispensation de soins sûrs et de haute qualité basés sur les standards et les processus élaborés et développés par les professionnels de santé pour les prestations de soins. Elle peut également faire référence à la reconnaissance publique de la conformité d'une organisation de soins aux exigences des normes nationales en matière de soins de santé.

Inscription au tableau (autorisation d'exercer)


De nombreux pays exigent des praticiens et d'autres professionnels de santé qu'ils s'inscrivent devant une autorité de l'État ou sur un registre du gouvernement comme l'Australian Health Practitioners Registration Agency, instance australienne chargée de l'inscription de la plupart des professions de santé. Cette autorité a essentiellement vocation à protéger la santé et la sécurité du public à l'aide de mécanismes conçus pour garantir l'aptitude des praticiens à exercer. Elle veille à ce que seuls les professionnels correctement formés puissent s'inscrire et à ce que ceux qui le sont respectent les normes de conduite et de compétence. L'inscription au tableau/l'autorisation à exercer est une partie importante des processus de qualification ordinale et d'accréditation décrits ci-dessus.

Responsabilité individuelle dans la gestion du risque

La plupart des étudiants expérimentés commenceront à avoir des rôles et des responsabilités plus

clairement définis en tant que membres d'une équipe soignante dès qu'ils passeront plus de temps sur le lieu de travail aux côtés des patients. A la fin de leur formation, nombre d'entre eux devront démontrer leurs compétences dans la réalisation de plusieurs tâches techniques de base. La liste des activités qui suit ne se veut ni exhaustive, ni prescriptive. Elle vise à donner un aperçu des compétences requises chez les étudiants lorsqu'ils terminent leurs études et commencent à travailler dans leur domaine de spécialité.

Les étudiants devraient :

- Apprendre à orienter vers un autre professionnel de santé ou une autre équipe soignante. Pour ce faire, les compétences requises sont l'utilisation des bonnes procédures d'identification et la fourniture d'un compte-rendu précis de la situation du patient, de ses problèmes de santé ou sociaux actuels et des résultats de tout examen associé. Il est important de ne faire figurer lisiblement dans la lettre d'orientation ou la demande de consultation que les informations jugées pertinentes et nécessaires.
- Apprendre à passer un appel à un médecin généraliste ou à un autre membre de l'équipe soignante. Au départ, les étudiants devraient s'assurer de la présence d'un superviseur ou d'une personne expérimentée pour leur prêter main forte. Ils devraient s'entraîner à fournir des informations précises concernant le patient en veillant à utiliser les bons termes, en ayant recours à des techniques qui permettent de s'assurer que la personne à l'autre bout du fil a bien compris le message, en recherchant des informations sur ce qui est préoccupant et en joignant un résumé écrit de la conversation téléphonique au dossier du patient. Certaines de ces activités sont décrites dans le module 4 : *Etre un membre d'équipe efficace.* → 
- Apprendre à écrire un courrier d'orientation lors du transfert du patient vers un autre professionnel de santé ou une autre équipe. Le courrier devra contenir les informations permettant d'identifier le patient, les dates d'admission et de sortie/de traitement et le nom des professionnels en charge de ce traitement, ainsi qu'un compte-rendu précis du traitement fourni, le diagnostic final, les principaux examens, la raison du traitement et le stade de la maladie. Il devra décrire le traitement et les interventions réalisées, le résultat, l'organisation du suivi et les principaux examens. Il devra inclure une liste précise et complète des traitements et des médicaments, indiquant la dose, la voie d'administration et la durée prévue. Ce courrier devra impérativement être lisible et signé par la personne responsable.
- Savoir qui sont les professionnels référents dans chaque situation.

Impact de la fatigue sur l'aptitude à exercer



Il existe des données scientifiques solides qui associent la baisse des performances à la fatigue. Les étudiants doivent prendre conscience qu'en cas de fatigue, ils seront moins alertes et se trouveront dans l'incapacité de réaliser un certain nombre de tâches dont ils ont l'habitude.

Des études menées en Irlande et au Royaume-Uni ont montré que la fatigue peut affecter le bien-être mental des internes en médecine (dépression, anxiété, colère et confusion) [5]. Des études contrôlées récentes ont corroboré que la privation de sommeil peut avoir une incidence négative sur les performances cliniques [6]. La fatigue a été également associée à un risque accru d'erreurs [7-8] et à des accidents de véhicules motorisés. Une étude de 2004 de Landrigan et al. [8] a été l'une des premières à mesurer les effets de la privation de sommeil sur les erreurs médicales. Elle a montré que les internes qui travaillent au sein de l'unité de soins intensifs et celle de cardiologie du Brigham and Women's Hospital (Boston, Massachusetts, États-Unis) faisaient des erreurs substantiellement plus graves lorsqu'ils effectuaient souvent des gardes de 24 heures ou plus par rapport à ceux qui faisaient des gardes plus courtes. D'autres études ont révélé que le manque de sommeil peut avoir des effets similaires à l'intoxication alcoolique [9].

Des études sur le temps de travail du personnel infirmier ont montré que le risque de faire des erreurs était significativement plus élevé lorsque les vacations étaient supérieures à douze heures, lorsque les infirmiers(ères) devaient faire des heures supplémentaires, ou lorsqu'ils/elles travaillaient plus de quarante heures par semaine [10].

De la même façon, les pharmaciens ont identifié parmi les principaux facteurs contributifs aux erreurs de délivrance les grands volumes de prescriptions, la fatigue, la surcharge de travail, les interruptions et les noms des médicaments similaires ou prêtant à confusion [11].

Les étudiants devraient connaître leurs droits en matière de temps de travail et de temps de repos. Les organisations pour lesquelles ils travaillent ont le devoir de s'assurer que le temps de travail ne dépasse pas la durée légale sauf en cas de circonstances exceptionnelles ou de dérogation desdites organisations.

Problèmes de stress et de santé mentale

Les étudiants peuvent par ailleurs être sujets au stress causé par les examens, le travail à temps partiel et leurs problèmes familiaux ou professionnels. Des données solides suggèrent que les médecins sont sujets aux problèmes de santé mentale [12], notamment à la dépression, au cours de leurs premières années d'exercice et même plus tard. Certains étudiants présentent des problèmes de santé

liés au stress qu'ils gardent lorsqu'ils commencent à exercer. Il n'est pas étonnant de trouver dans le milieu des soins des membres du personnel stressés ou n'ayant pas le moral. En effet, en plus de prendre en charge au quotidien des personnes malades et vulnérables, ils travaillent avec d'autres collègues surchargés de travail et doivent réaliser de nombreuses tâches en peu de temps.

Bien que les taux de dépression et de problèmes de santé mentale soient plus élevés chez les médecins que dans la population générale, la littérature montre que les internes et les résidents qui bénéficient du soutien de leurs collègues et de médecins plus expérimentés et qui sont membres d'une équipe qui fonctionne bien sont moins susceptibles de se sentir isolés et stressés.

Le stress affecte également la performance. Des données solides suggèrent que le manque de sommeil, plus que le nombre d'heures travaillées, contribue au stress et à la dépression. Parmi les autres facteurs de stress identifiés dans la littérature figurent la situation financière, l'endettement étudiant, le choix des stages et la pression émotionnelle causée par les exigences des patients, ainsi que les contraintes de temps et l'impact sur la vie privée.

Environnement de travail et organisation

Les établissements de santé peuvent s'avérer des lieux très stressants pour les nouveaux arrivants. Les pratiques professionnelles non familières peuvent paraître très difficiles lorsque l'on débute. A cela vient s'ajouter la fatigue associée aux longues heures de travail.

Certains facteurs ainsi que la répartition du temps de travail, comme le travail d'équipe, les heures supplémentaires, les rotations, et le travail la nuit et le week-end, sont associés à un nombre accru d'erreurs. Fatigue et manque de surveillance, de supervision et de formation sont tous des facteurs contribuant à ces erreurs. Les étudiants devraient être d'autant plus vigilants dans ces moments-là.

Formation et supervision

Une formation et une supervision de qualité sont essentielles dans le parcours de chaque étudiant car elles seront, dans une large mesure, déterminantes pour leur intégration et leur adaptation au sein de l'hôpital ou de l'environnement de soins. Sans elles, les étudiants sont plus vulnérables aux risques d'erreurs par omission (oublier de faire quelque chose) ou par commission (faire ce qu'il ne faut pas faire). Les étudiants devraient toujours veiller à ce qu'une personne plus expérimentée soit présente chaque fois qu'ils pratiquent pour la première fois une procédure ou un traitement sur un patient. Ils devraient également avertir les patients de leur statut d'étudiants et demander leur permission avant de les traiter ou de réaliser une procédure.

L'absence de relations interpersonnelles entre les étudiants, les autres professionnels de santé, les membres du personnel moins expérimentés et les formateurs ou les superviseurs constitue un autre facteur contribuant au risque d'erreurs. Si un étudiant rencontre des problèmes avec un formateur ou un superviseur, il devrait rechercher de l'aide auprès d'un autre professeur susceptible de jouer le rôle de médiateur ou d'enseigner à l'étudiant des techniques d'amélioration de son relationnel. La littérature montre également que ce sont les étudiants qui ont du mal à acquérir des savoir-faire qui ont également une mauvaise supervision. La technique et la maîtrise de bon nombre de professionnels qui ont appris à réaliser des procédures sans aucune supervision ont été jugées plus tard par des superviseurs comme insuffisantes pour lesdites procédures. Les étudiants ne devraient jamais être amenés à réaliser une procédure ou à manipuler ou examiner un patient sans avoir été suffisamment préparés ou formés.

Problèmes de communication →

De nombreux professionnels de santé, notamment les infirmier(ère)s, les sages-femmes, les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les radiologues, sont tenus d'enregistrer les informations qui ont été données aux patients et aux autres professionnels, et notamment toute correspondance avec le personnel de laboratoire. Transmettre des informations, oralement et par écrit, est un exercice complexe. Peu d'établissements de santé ont établi des règles en la matière. Le rôle que joue la bonne communication dans la dispensation de soins de qualité et le rôle que joue la mauvaise communication dans la dispensation de soins inappropriés sont tous deux bien documentés. La réussite du traitement d'un patient dépend souvent des communications informelles entre les membres du personnel et de leur compréhension du milieu de travail [13]. Des erreurs thérapeutiques résultant d'une mauvaise communication ou de l'absence de communication surviennent chaque jour en santé. Les check-lists, les protocoles et les plans de soins conçus pour certaines catégories de patients constituent des outils de communication efficaces pour les prescriptions.

Par ailleurs, la qualité de la communication entre les patients et les professionnels de santé en charge de leur traitement influe considérablement sur le résultat de ce dernier.

Savoir comment signaler les risques ou les dangers sur le lieu de travail

Les étudiants devraient rechercher des informations sur le système de gestion des EIAS en place dans l'établissement où ils sont formés. Leur signalement se fait généralement soit par formulaire électronique soit par formulaire papier. Les étudiants devraient se familiariser avec le système en place et s'informer sur la façon de gérer les EIAS.

Assurer une traçabilité rigoureuse dans les dossiers patients

Un dossier médical est un document contenant différents types d'informations sur un patient. Les étudiants doivent garder à l'esprit qu'un dossier de bonne qualité est fondamental pour les soins et le traitement d'un patient. Les dossiers médicaux sont soumis à des exigences gouvernementales et institutionnelles ou spécifiques à l'établissement qui en régissent l'accès ainsi que les personnes qui les remplissent, leur lieu de stockage et leur durée d'archivage.

Les étudiants ont l'obligation éthique et légale d'y consigner leurs observations et leurs résultats pour garantir des soins de qualité. Pour remplir les dossiers médicaux, les étudiants (au même titre que les autres professionnels de santé) devraient :

- fournir suffisamment d'informations pour identifier le patient concerné et pour permettre à d'autres équipes soignantes d'assurer la continuité des soins ;
- consigner toute information pertinente pour le diagnostic, le traitement ou les résultats ;
- s'assurer que les dossiers sont à jour et que les informations sont consignées rapidement après chaque acte ou événement ;
- consigner toutes les informations et tous les conseils donnés au patient.

Savoir quand et comment demander de l'aide à un formateur, superviseur ou professionnel de santé expérimenté.

Les étudiants craignent souvent que leurs formateurs ne les considèrent comme des mauvais élèves ou les déconsidèrent s'ils reconnaissent ignorer quelque chose. Il est important que les étudiants reconnaissent les limites inhérentes à leur manque de connaissances et d'expérience, et sachent rechercher de l'aide et demander des informations. En effet, les professionnels inexpérimentés peuvent causer des dommages aux patients. Les étudiants devraient clairement savoir à quelle personne s'adresser sur leur lieu de travail et savoir quand et comment la contacter. Cette personne sera en mesure de leur prêter main forte s'ils se retrouvent dans des situations sortant de leur champ de connaissances et de compétences. Il est indispensable que les étudiants sachent demander de l'aide même si cela les rend mal à l'aise. Tous les

professionnels de santé ont bien conscience que les étudiants commencent tout juste leur carrière et que leurs connaissances et leurs compétences sont limitées. Ils ne s'attendent pas à ce que les étudiants ou les nouveaux arrivants disposent d'emblée de toutes les connaissances requises pour traiter seuls des patients. Ils s'attendent à ce que les étudiants viennent les solliciter. Mais cela peut devenir compliqué lorsqu'un formateur ou un superviseur est difficilement disponible. Dans ce cas, les étudiants devraient rechercher de l'aide auprès d'une autre personne compétente, plus disponible. Ils peuvent en discuter avec le superviseur, afin de valider cette organisation.

Participer aux réunions de discussion sur la gestion des risques et la sécurité du patient

Au départ, il peut ne pas être évident de savoir quels programmes de gestion des risques existent au sein d'un établissement donné. Les étudiants peuvent demander aux professionnels de santé expérimentés ou aux cadres quels sont les programmes en place en la matière et s'il est possible d'assister à une réunion afin de comprendre comment le système fonctionne pour protéger les patients.

Répondre de façon appropriée aux patients et à leurs proches après la survenue d'un événement indésirable

Il n'incombera pas aux étudiants d'endosser la responsabilité d'annoncer la survenue d'un événement indésirable aux patients ou à leurs proches. S'il leur est demandé de le faire, ils devraient immédiatement solliciter l'aide d'un enseignant ou d'un référent. Bon nombre d'organisations de soins mettent actuellement en place le processus d'annonce des dommages associés aux soins (recommandations visant à favoriser la communication honnête avec un patient suite à la survenue d'un événement indésirable). Ce processus doit impérativement être appliqué sans précipitation et en toute transparence et doit se traduire par une prise de mesures visant à garantir que les erreurs commises ne seront pas reproduites à l'avenir.

Répondre de façon appropriée aux plaintes

Tous les étudiants concernés par une plainte devraient rédiger un compte-rendu complet et factuel de ce qui est arrivé. Ils devraient faire preuve d'honnêteté en ce qui concerne leur rôle et leurs actions et éviter les commentaires subjectifs et émotionnels.

Résumé

Les professionnels de santé sont responsables du traitement, des soins et des résultats cliniques de leurs patients. Cette responsabilité est partagée par tous les membres de l'équipe et n'incombe pas seulement à la personne la plus expérimentée. La responsabilité individuelle est importante, car chacune des personnes de la chaîne est susceptible d'exposer le patient à des risques. L'identification des domaines propices aux erreurs constitue un moyen pour les professionnels de prévenir la survenue d'événements

indésirables. La mise en œuvre proactive d'une approche systémique pour minimiser le risque d'erreurs peut prévenir les événements indésirables. Les personnes peuvent également s'efforcer de maintenir un environnement de travail sûr en veillant à leur propre santé et en répondant de façon appropriée aux inquiétudes des patients et de leurs collègues.

Stratégies et formats d'enseignement

Exposé interactif/didactique



Utilisez les diaporamas ci-joints pour couvrir l'ensemble du module. Il est possible de projeter les diapositives de la présentation PowerPoint ou de les convertir en transparents pour les diffuser à l'aide d'un rétroprojecteur. Commencez la session par l'une des études de cas et demandez aux étudiants d'identifier plusieurs problématiques présentées dans cette étude de cas.

Discussions avec un échantillon de professionnels

Invitez un groupe de professionnels reconnus à présenter un résumé de leurs efforts visant à améliorer la sécurité des patients. Dans le cas des étudiants en pharmacie, il conviendrait d'inviter des pharmaciens seniors à faire part de leur expérience. En faire de même pour les sages-femmes et les dentistes. Par ailleurs, utiliser un groupe pluridisciplinaire s'avère également instructif et permet de mettre en lumière les problèmes communs à toutes les professions de santé. Il est important d'inviter un patient à participer afin de garder à l'esprit les dommages potentiels auxquels ils sont exposés en l'absence de stratégie de gestion des risques. Les étudiants peuvent aussi préparer à l'avance une liste de questions sur la prévention et la prise en charge des événements indésirables. Prévoyez du temps pour leurs questions. Des experts en gestion des risques dans d'autres secteurs d'activités peuvent également être invités afin d'aborder les principes généraux qui régissent leur travail.

Discussion en petits groupes



La classe peut être divisée en petits groupes et trois étudiants de chaque groupe peuvent être désignés pour débattre d'un des types d'EIAS décrits dans le Tableau B.6.1. D'autres étudiants peuvent se concentrer sur les outils et techniques disponibles pour minimiser les risques d'erreurs et d'autres encore pourraient examiner le rôle des revues de mortalité et morbidité (RMM).

Le tuteur animant cette session doit en maîtriser suffisamment le contenu pour pouvoir contextualiser en fonction d'informations relatives au système de santé local et à l'environnement des services de soins.

Exercices de simulation



Différents scénarios peuvent être imaginés concernant les EIAS et les techniques de minimisation des risques d'erreurs, notamment la pratique des briefings, des

débriefings et l'assertivité pour améliorer la communication. En outre, les étudiants peuvent participer à un jeu de rôle simulant un groupe d'analyses par les pairs ou une revue de mortalité et de morbidité en utilisant une approche individuelle puis une approche systémique. D'autres activités de jeu de rôle peuvent se baser sur des situations dans lesquelles un étudiant relève des anomalies qui ont besoin d'être abordées.

Autres activités d'enseignement

- Les étudiants pourraient participer en observateurs à une réunion sur la gestion des risques ou rencontrer les personnes en charge de la gestion des plaintes pour le service ou l'établissement de santé. Dans le cadre de cet exercice, les étudiants pourraient poser des questions sur la politique de l'établissement en matière de gestion des plaintes et sur la façon de procéder lors de la réception d'une plainte. Il est également possible de leur demander de prendre part à un processus d'annonce d'un dommage associé aux soins.
- Après ces activités, il convient de demander aux étudiants de se réunir par deux ou en petits groupes afin de discuter avec un tuteur ou un formateur de ce qu'ils ont observé, de leur demander s'ils ont ou non identifié les méthodes qui leur avaient été enseignées et si elles se sont avérées efficaces.

Études de cas

Les insuffisances du mode de fonctionnement d'un chirurgien orthopédiste

La précision et la lisibilité des dossiers sont indispensables à la bonne continuité des soins.

Brian était suivi par un nouveau spécialiste et devait lui transmettre le dossier constitué par le chirurgien orthopédiste qui l'avait opéré deux ans auparavant. Lorsque le dossier est finalement arrivé, le nouveau médecin de Brian l'a informé que celui-ci était bien « maigre ».

Le dossier était loin d'être complet et ne contenait aucune note pertinente concernant la discussion de consentement préalable à l'opération de Brian. Il manquait des informations dans le compte-rendu de l'opération et il n'y avait aucun document faisant état des conseils verbaux du chirurgien concernant les risques et les complications potentiellement associés à l'opération. Brian a été consterné de découvrir également que le chirurgien n'avait pas fixé de nouveau rendez-vous à la suite d'une visite de suivi postopératoire manquée.

Question

- Quels sont les facteurs susceptibles d'avoir contribué au manque de documentation de la première opération de Brian ?

Source : Cas adapté de : Payne S. Case study: managing risk in practice. United Journal, 2003, Spring:19.

Reconnaissance d'une erreur médicale

Ce cas montre la valeur du processus d'annonce d'un dommage associé aux soins.

Franck habite dans une résidence de soins aux personnes âgées. Une nuit, un infirmier a donné par erreur de l'insuline à Franck qui n'est pas diabétique. L'infirmier s'est immédiatement aperçu de son erreur et en a fait part à l'un de ses collègues qui, à son tour, en a averti Franck et sa famille. L'établissement a tout de suite pris les mesures nécessaires pour aider Franck et a organisé son transfert vers un hôpital où il a été placé en observation. Franck est ensuite retourné dans son établissement. L'infirmier a été félicité pour avoir avoué tout de suite qu'il avait administré de l'insuline. Suite à cet incident, l'infirmier a suivi une formation supplémentaire afin de réduire le risque qu'une erreur similaire se produise à l'avenir.

Question

Les causes possibles de l'erreur ne sont pas claires. L'hypothèse est que ce qu'a fait ou n'a pas fait l'infirmier a conduit à l'erreur. Dans ce type de cas, il est important de recourir à une approche systémique pour en savoir plus sur ce qui s'est réellement passé.

- Quels sont les facteurs environnementaux et organisationnels susceptibles d'avoir favorisé une culture dans laquelle l'infirmier n'a eu aucun mal à avouer l'erreur médicamenteuse ?

Source : Open disclosure. Case studies. Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales, 2003, 1:16–18.

Non conformité des salles d'examen en médecine générale

Ce cas montre l'importance du rôle que peuvent jouer les plaintes dans l'amélioration des soins.

En se rendant chez son médecin, Denise a été choquée par le manque de propreté du cabinet. Le manque d'hygiène était tel qu'elle est allée se plaindre au New South Wales Department of Health. L'inspecteur sanitaire a relevé les éléments suivants : le chloroxylénol (un liquide de désinfection) était stocké dans un contenant de boisson, la date de péremption de certains médicaments était dépassée, il n'y avait pas d'adrénaline dans le cabinet pour traiter une éventuelle crise cardiaque, la mallette du médecin contenant des médicaments injectables et un bloc d'ordonnances était parfois à la portée des patients, les draps en papier de la table d'examen n'étaient pas changés entre chaque visite et le médecin ne se lavait pas les mains entre les examens. Il n'y avait pas de lavabos dans les salles d'examen.

L'Health Care Complaints Commission a recommandé que le New South Wales Medical Board effectue une visite sur site pour conseiller le personnel, le sensibiliser aux recommandations du ministère de la Santé australien en matière de lutte contre les

infections et s'assurer que les mesures appropriées soient prises pour protéger la santé publique. Denise a été contente d'apprendre que le cabinet avait fait des progrès à la suite de sa plainte.

Discussion

- Demander aux étudiants d'identifier les types de plaintes formulées à l'encontre des lieux où ils travaillent (hôpital, clinique, pharmacie) et de discuter des méthodes de gestion desdites plaintes.

Source : Review of investigation outcomes. Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales. Annual Report 1998–1999:39–40.

Gestion inadéquate d'une plainte

Ce cas montre l'importance de gérer les plaintes à temps.

Alexandra a consulté un psychologue au sein d'un hôpital privé. Au cours de sa première et de sa deuxième consultation, le psychologue n'a pas respecté le secret professionnel auquel il est soumis en révélant des informations personnelles concernant d'autres patients. Cela a mis Alexandra mal à l'aise et elle a décidé de faire part de ses inquiétudes à quelqu'un de l'hôpital. Elle s'est entretenue avec des représentants de l'établissement pour aborder un certain nombre de points concernant l'hôpital, et notamment le problème rencontré avec le psychologue. Après plusieurs mois, elle était toujours sans réponse écrite de la part de l'hôpital détaillant les actions que les représentants s'étaient engagés à prendre. Avec l'aide du service de soutien aux patients, Alexandra a rencontré le directeur et le directeur adjoint de l'hôpital. L'hôpital a présenté ses excuses à Alexandra et s'est engagé à mettre en place une formation continue du personnel à la gestion des plaintes. Ils ont par ailleurs encouragé Alexandra à déposer une plainte formelle devant l'Ordre australien des psychologues pour dénoncer le comportement de son psychologue.

Activité

- Utiliser une approche systémique pour identifier ce qui aurait pu être fait différemment dans ce cas et ce que l'hôpital peut faire pour éviter la survenue d'EIAS similaires à l'avenir.

Source : Patient Support Service, Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales. Annual Report 1999–2000:37–46.

Un infirmier toxicomane

Ce cas montre combien il est important que les professionnels sachent préserver leur aptitude à exercer

Au cours de l'opération d'Alan, un infirmier a sciemment remplacé le fentanyl, un analgésique morphinique qui avait été commandé pour traiter le patient, par de l'eau. Cet infirmier a mis Alan physiquement en danger pour satisfaire son propre besoin désespéré de consommer des opiacés du fait de son addiction.

Ce n'était pas la première fois qu'il volait un médicament dont l'utilisation est soumise à restrictions pour se l'administrer à lui-même. Un certain nombre de griefs lui avaient déjà été reprochés du temps où il travaillait dans un autre hôpital, notamment son manque de professionnalisme, ses troubles du comportement liés à sa consommation de drogues et son mauvais caractère, toutes raisons qui l'avaient rendu inapte à exercer.

Questions

- Quelles mesures les professionnels de santé auraient-ils pu prendre pour aider l'infirmier en difficulté ?
- Quelles politiques le service de santé devrait-il instaurer pour protéger les patients des professionnels de santé toxico-dépendants ou dont les facultés sont altérées ?

Source : Swain D. The difficulties and dangers of drug prescribing by health practitioners. Health Investigator, 1998, 1:14–18.

Oubli de vérifier si une femme est enceinte

Ce cas hypothétique illustre pourquoi il est important de vérifier si une femme est enceinte avant toute chirurgie susceptible d'être dangereuse pour la mère ou le fœtus. Les procédures préopératoires locales devraient être revues afin de s'assurer que l'on vérifie en préopératoire immédiat qu'une femme n'est pas enceinte. Cette vérification devrait figurer dans la documentation préopératoire utilisée par le personnel en charge des dernières vérifications cliniques et d'identification du patient avant une intervention chirurgicale.

Hannah, une femme de 28 ans présentant des antécédents de douleurs abdominales récurrentes, était depuis plusieurs mois sur liste d'attente de laparoscopie pour diagnostiquer le problème. Elle a finalement été hospitalisée et subi une intervention de chirurgie exploratrice sous anesthésie générale. Avant sa sortie, Hannah a présenté des douleurs abdominales importantes et des saignements vaginaux. L'infirmière de garde a tout de suite reconnu les symptômes d'une fausse couche.

Question

- Quels sont les facteurs ayant pu conduire à ce que sa grossesse n'ait pas été diagnostiquée ?

Contexte et source : entre octobre 2003 et novembre 2009, l'United Kingdom National Health Service National Patient Safety Agency a reçu 42 compte-rendus de patientes ayant subi une procédure planifiée sans document attestant qu'il avait été vérifié dans la période préopératoire si elles étaient ou non enceintes. Trois cas d'avortement spontané ont été signalés à la suite de ces procédures (Department of Health gateway reference NPSA/2010/RRR011. Issue date,

28 April 2010. Des informations récentes sont disponibles en anglais à l'adresse suivante : <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=73838>; consulté le 21 février 2011).

Administration de médicaments à un nouveau-né

Cette étude de cas hypothétique montre qu'une utilisation plus sûre de la gentamicine par voie intraveineuse est nécessaire chez les nouveau-nés. Des EIAS en lien avec l'administration de gentamicine ont été déclarés (administration au mauvais moment, erreurs de prescription et problèmes liés à la surveillance de la concentration sanguine).

L'administration de gentamicine par voie intraveineuse a été prescrite à Edward, un nouveau-né prématuré présentant une détresse respiratoire nécessitant une ventilation, pour traiter une infection grave. L'infirmière et le pédiatre des soins intensifs étaient extrêmement occupés par l'admission de jumeaux grands prématurés. Le médicament a été administré 90 minutes après ce qui avait été prescrit.

Discussion

- Identifier tous les facteurs potentiellement présents au moment de la survenue de cet EIAS.
- Cet EIAS devrait-il être déclaré ?
- Aborder les différentes méthodes de gestion des EIAS.

Contexte : une analyse portant sur les erreurs médicamenteuses chez les nouveau-nés publiée dans l'UK Reporting and Learning System (RLS) a identifié entre avril 2008 et avril 2009 507 EIAS liés à l'utilisation de la gentamicine par voie intraveineuse. Ce chiffre représentait 15 % de toutes les erreurs médicamenteuses durant cette période.

Mauvaise communication

Ce cas illustre une erreur commune consistant en la délivrance d'un antidiabétique à un patient auquel il avait en fait été prescrit un antibiotique, conduisant ainsi à un choc hypoglycémique.

Un médecin a prescrit à son patient un antibiotique et des analgésiques à prendre après une extraction dentaire. L'antibiotique prescrit était de l'amoxicilline. Le nom du médicament n'était pas bien lisible sur l'ordonnance et le pharmacien a compris qu'il devait délivrer du glibenclamide, un antidiabétique. Cette nuit-là, le patient a été rapidement transporté aux urgences en état de choc hypoglycémique.

Questions

- Quels facteurs ont contribué à rendre le patient malade ?
- A qui cette erreur devrait-elle être déclarée ?
- Qui devrait se charger de la déclarer ?

- Comment l'information devrait-elle être utilisée une fois reçue ?

Source : Cas fourni par Shan Ellahi, consultant en sécurité des patients, services communautaires Ealing and Harrow, National Health Service, Londres, Royaume-Uni.

Outils et ressources documentaires

« Rester ouverts »

Un module d'e-learning de l'UK National Health Service National Patient Safety Agency, 2009. *Being open, communicating with patients, their families and carers following a patient safety incident*. Issue date, 19 November 2009 (<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/alerts/?entryid45=65077>; consulté le 21 février 2011).

Événements sentinelles

Un glossaire utile sur les événements sentinelles est disponible à l'adresse suivante : http://en.wikipedia.org/wiki/Sentinel_event; consulté le 21 février 2011.

Autres ressources documentaires

Better practice guidelines on complaints management for health care services. Australian Commission for Safety and Quality, 2006 ([http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F3D3F3274D393DFCCA257483000D8461/\\$File/guidecomplnts.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F3D3F3274D393DFCCA257483000D8461/$File/guidecomplnts.pdf); consulté le 21 février 2011).

Complaint or concern about a clinician: principles for action. Department of Health, New South Wales, 2006 (http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2006/GL2006_002.html ; consulté le 21 février 2011).

Johnstone M, Kanitsaki O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: a critique. *Nurse Education Today*, 2007, 27:185–191.

Safer use of gentamicin for neonates. National Health Service National Patient Safety Agency. Patient safety alert no. NPSA/2010/PSA001. Issue date, 30 March 2010 (http://www.dhsspsni.gov.uk/hsc_sqsd_4_10.pdf; consulté le 21 février 2011).

Évaluation des connaissances de ce module

Différentes méthodes d'évaluation peuvent être utilisées pour ce module, notamment les comptes-rendus d'observations, les dissertations sur les erreurs chirurgicales, les essais, les QCM, les questions à réponse courte, les discussions sur les cas et l'auto-évaluation. Les étudiants peuvent être encouragés à se constituer un portfolio concernant leur apprentissage sur la sécurité des patients. En suivant cette approche, les étudiants disposent en fin de formation d'une collection de toutes les activités qu'ils ont réalisées

dans le domaine de la sécurité des patients. Ils peuvent ensuite les mettre à profit dans leur recherche d'emploi et dans leurs futures carrières.

Les connaissances sur la gestion des risques cliniques peuvent être évaluées à l'aide des méthodes suivantes :

- un portfolio ;
- discussion de cas, observations écrites sur une activité de gestion des risques, comme un système de surveillance des EIAS ou un processus d'annonce d'un dommage ;
- il est également possible de demander aux étudiants de rédiger des dissertations sur différents thèmes, comme la façon dont les plaintes sont gérées au sein de l'établissement de soins, les systèmes de déclaration des erreurs en place ou les enseignements que les cliniciens tirent de leurs erreurs.

Il peut s'agir d'une évaluation en cours d'apprentissage ou d'une évaluation-bilan ; le système de notation peut reposer sur les appréciations satisfaisant/insatisfaisant, ou sur des notes. (Voir les formes de notation dans la Partie B, Annexe 2 pour des exemples d'évaluation.)

Évaluation de l'enseignement de ce module

L'évaluation est une étape importante pour examiner le déroulement d'une session de formation et déterminer les améliorations à apporter. Pour un résumé des principes fondamentaux de l'évaluation, reportez-vous au Guide du formateur (Partie A).

Références

1. Reason JT. Understanding adverse events: the human factor. In: Vincent C, ed. *Clinical risk management*. London, British Medical Journal Books, 2001:9–14.
2. Barach P, Small S. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from nonmedical near miss reporting systems. *British Medical Journal*, 2000, 320:759–763.
3. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
4. Walton M. Why complaining is good for medicine. *Journal of Internal Medicine*, 2001, 31:75–76.
5. Samkoff JS. A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents' performance. *Academic Medicine*, 1991, 66:687–693.
6. Deary IJ, Tait R. Effects of sleep disruption on cognitive performance and mood in medical house officers. *British Medical Journal*, 1987, 295:1513–1516.
7. Leonard C et al. The effect of fatigue, sleep deprivation and onerous working hours on the physical and mental well being of pre-registration house officers. *Irish Journal of Medical Sciences*, 1998, 176:22–25.

8. Landrigan CP et al. Effect of reducing interns' working hours on serious medical errors in intensive care units. *The New England Journal of Medicine*, 2004, 351:1838–1848.
9. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235.
10. Rogers AE et al. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 2004, 23: 202-212.
11. Peterson GM, Wu MS, Bergin JK. Pharmacist's attitudes towards dispensing errors: their causes and prevention. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 1999, 24:57–71.
12. Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 2002, 10:154–165.
13. Spath PL, ed. *Error reduction in health care: systems approach to improving patient safety*. San Francisco, Jossey-Bass, 1999.

Diaporamas pour le module 6 : Comprendre et gérer les risques cliniques.

En général, les exposés didactiques ne constituent pas la meilleure façon d'enseigner la sécurité des patients aux étudiants. En cas d'exposé, il est intéressant de permettre aux étudiants d'agir entre eux et d'échanger leurs points de vue pendant le cours. Une étude de cas est une façon de lancer une discussion de groupe. Vous pouvez également poser aux étudiants des questions sur différents aspects des soins de santé qui feront ressortir les points abordés dans ce module, comme la culture du blâme, la nature de l'erreur et la façon de gérer les erreurs dans d'autres secteurs d'activités.

Les diaporamas du module 6 ont pour objectif d'aider le formateur à en transmettre le contenu. Ils peuvent être adaptés à la culture et au contexte locaux. Les enseignants peuvent choisir de ne pas utiliser toutes les diapositives. Il est d'ailleurs préférable d'adapter ces dernières aux domaines couverts lors de la session de formation.

Tous les noms de médicaments sont conformes aux *dénominations communes internationales de l'OMS pour les substances pharmaceutiques* (<http://www.who.int/medicines/services/inn/en/> ; consulté le 24 mars 2011).