

Travail de fin d'études pour l'obtention du Master complémentaire en médecine générale.

**Évaluation de la culture de la sécurité des soins au patient**  
**chez le jeune médecin de médecine générale belge**  
**francophone : approche de l'erreur médicale**

Dr Bindels Florence B. J. A.

Promoteurs : Dr Orban Thomas et Dr Doumont Pierre.

Expert : Pr Galam Éric.



**UCL**  
**Université**  
**catholique**  
**de Louvain**

Juin 2016

## Résumé

- L'erreur est humaine et inévitable.
- Apprendre de ses erreurs est une procédure éthique, structurante, et pédagogique qui doit faire partie intégrante de notre routine, tout comme les guides de bonne pratique.
- Peu d'assistants en médecine générale à l'UCL connaissent la notion d'événement indésirable ou de sécurité des soins au patient. Pourtant, la plupart ont déjà été confrontés à une erreur durant leur assistantat, et le plus souvent dans les trois derniers mois.
- Le maître de stage doit être la personne-ressource de l'assistant pour parler de son erreur. Le dialogue est primordial afin d'en tirer des leçons et conserver la confiance maître de stage - assistant - patient.
- Le médecin est souvent la deuxième victime (oubliée) dans la situation. Les conséquences personnelles (burn out, divorce) et professionnelles (changement de pratique et d'attitude en consultation, inquiétude latente) peuvent être dramatiques et doivent être prises en considération.
- Parmi les solutions proposées dans ce TFE pour améliorer la sécurité des soins en médecine générale, il y a la revue de morbidité et mortalité proposée par la HAS. Lorsqu'il y a eu une erreur, il existe un guide "annonce d'un dommage associé aux soins" fait pour les professionnels de la santé et les groupes Balint.
- A très court terme, l'année académique prochaine par exemple, l'instauration d'un cours introductif de la culture de la sécurité des soins est indispensable pendant la formation des assistants en médecine générale. A plus long terme, il faudra intégrer cette éducation de la sécurité des soins, et ce dès le début de la formation, à tous les niveaux du cursus.

## **Remerciements**

Je tiens à remercier tout d'abord mes promoteurs, le Dr Thomas Orban, pour toute l'attention qu'il m'a accordée, lors de l'élaboration de ce TFE, ainsi que pour ses conseils judicieux et ses remarques très constructives qui ont permis de porter au maximum de ses possibilités le présent TFE, ainsi que le Dr Doumont, pour ses conseils lors de l'élaboration du sujet et lors de la relecture de ce travail.

Je remercie très chaleureusement le Pr Galam de m'avoir consacré du temps afin de me donner son avis d'expert sur ce travail.

Je remercie ma famille, mes parents et mon mari, et le Dr Marie Germanidis pour leur soutien pendant ces onze années de formation. Leur présence chaque jour pendant mes 23 sessions d'examens a été indispensable et sans faille.

Je remercie plus particulièrement ma sœur, Laure Bindels, pour son aide précieuse, autant lors de ma recherche bibliographique, lors de l'analyse statistique que lors de la relecture.

## Table des matières

<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
1.1. "L'ERREUR EST HUMAINE" .....	5
1.2. PRIMUM NON NOCERE : LE PARADOXE DU SERMENT D'HIPPOCRATE.....	5
1.3. LA PEUR DU PROCÈS .....	6
1.4. CHOIX DU SUJET.....	7
1.5. BUTS DE CE TFE .....	8
<b>2. THÉORIE.....</b>	<b>9</b>
2.1. DÉFINITIONS (EIAS, ERREUR, REPROCHE, ET FAUTE). .....	9
2.2. REASON ET LA THÉORIE DU FROMAGE .....	9
2.3. ONZE INDICATEURS DE DÉFAILLANCE TYPES .....	10
2.4. CINQ TEMPOS .....	13
2.5. PLUSIEURS RÉACTIONS À L'ERREUR <sup>5</sup> .....	13
<b>3. MÉTHODE DE RECHERCHE .....</b>	<b>14</b>
<b>4. QUESTIONNAIRE.....</b>	<b>15</b>
4.1. QUESTIONNAIRE SOUMIS AUX JEUNES MÉDECINS DE MÉDECINE GÉNÉRALE.....	15
4.2. FOCUS GROUPE MAÎTRE DE STAGE .....	22
<b>5. RÉSULTATS DES RECHERCHES .....</b>	<b>24</b>
5.1. POURQUOI PARLER DE L'ERREUR ? .....	24
5.2. LE BURN OUT .....	24
5.3. SECONDE VICTIME.....	25
5.4. CONSÉQUENCES PROFESSIONNELLES ET PRIVÉES .....	26
5.5. EN TIRER DES LEÇONS.....	27
<b>6. CONCLUSION .....</b>	<b>32</b>
6.1 PISTES POUR L'INTÉGRATION D'UNE CULTURE DE LA SÉCURITÉ DES SOINS AU PATIENT DANS LA PRATIQUE JOURNALIÈRE.....	32
<b>7. RÉFÉRENCES.....</b>	<b>36</b>
<b>8. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>36</b>
<b>9. ANNEXES.....</b>	<b>39</b>
9.1 QUESTIONNAIRE SOUMIS AUX JEUNES ASSISTANTS EN MÉDECINE GÉNÉRALE.....	39
9.2 RÉPONSES AUX QUESTIONS OUVERTES : .....	42
9.3 MÉTHODE ALARM .....	45

# **1. Introduction**

## **1.1. "L'erreur est humaine"**

Nous faisons chaque jour des centaines d'erreurs dont la plupart passent inaperçues<sup>1</sup>. C'est inhérent à toute action humaine et par conséquent inévitable. Toutes n'aboutiront pas à une conséquence indésirable car elles auront été rattrapées par le système environnant (par le secrétariat, l'informatique, le patient, le médecin lui-même, etc.) et les gardes fous que nous avons consciemment ou inconsciemment mis en place (par exemple, un système de rappel). A nous d'en tenir compte dans notre fonctionnement.

Mais que reste-t-il de nos erreurs ?

Longtemps, notre société a promu la culture punitive, et davantage encore dans le milieu médical, mais celle-ci n'a jamais fait ses preuves. Bien au contraire, elle n'a fait qu'encourager chacun à cacher ses erreurs, empêchant par la même occasion leur analyse, et donc d'en tirer tout leur potentiel positif.

Et pourtant, l'erreur est un très bon processus d'apprentissage. L'exemple-même peut être tiré de l'observation d'un bébé se mettant cent fois debout avant de réussir à mettre un pied devant l'autre sans tomber et enfin de marcher.

La culture de sécurité des soins est devenue une priorité pour le monde médical depuis la publication en 2000 du rapport "To err is human" de Kohn<sup>2</sup>, paru aux États-Unis, faisant mention d'environ 44.000 à 98.000 décès par an du fait d'erreurs médicales.

Mais combien d'entre elles sont évitables ?

Plus proche de nous, une étude récente organisée par la HAS<sup>3</sup> a démontré qu'à l'hôpital, un patient sur dix subira un événement indésirable lors de ses soins, dont un tiers sont dus à un défaut de communication (dans l'équipe soignante, dans le dossier, envers le patient).

## **1.2. Primum non nocere : le paradoxe du serment d'Hippocrate**

Face à l'erreur, nous sommes face à un paradoxe de taille car nous avons fait le serment avant tout de ne pas nuire. Malgré tous nos efforts, l'erreur est parfois présente. Ainsi, la culpabilité

est aggravée par le sentiment de n'avoir pas su tenir ce serment. Nous avons fait une promesse impossible à tenir au pied de la lettre. Cette impossibilité peut devenir torturante pour le praticien qui "n'avait qu'une seule règle à suivre".

### **1.3. La peur du procès**

L'erreur médicale est rapidement médiatisée de par l'impact social qu'elle a sur le patient. Elle choque car elle rappelle au patient qu'il n'est pas à l'abri d'une erreur et que son omnipraticien n'est pas infaillible. L'expérience du procès est destructrice pour celui qui est dans le camp de la défense. Pourquoi ? Il existe différentes raisons, qui seules ou bien combinées, peuvent amener à cette peur du procès<sup>4,5</sup>.

Tout d'abord, les actes posés par un médecin sont empreints d'une certaine responsabilité, ce qui n'est pas le cas de tous les métiers. En effet, le fait de se tromper dans le grammage n'a pas les mêmes conséquences en boulangerie qu'en médecine. Cette responsabilité peut peser doublement en faveur de la crainte de la justice : d'un côté tout simplement de par la possibilité d'être placé face à celle-ci, et d'un autre côté, de par la connaissance des dégâts potentiels pour le patient liés à une erreur, ce qui magnifie encore ladite responsabilité.

Ensuite, il y a la judiciarisation que connaît notre société, et donc sa propension à avoir recours à la justice dans une situation de différend. Cette tendance, liée à cette autre évolution de la société qu'est une attente croissante en termes de sécurité humaine, entre autre médicale, multiplie le risque de se voir accusé par un patient. D'autant que l'aléa thérapeutique, lui, n'évolue pas.

Par la suite, l'exemple largement médiatisé du procès d'un confrère peut également avoir un impact important. En effet, il rend réelle une possibilité grandissante de procédure judiciaire qui aurait peut-être paru abstraite sans de tels exemples. De plus, ils montrent certaines des conséquences possibles pour le praticien, telles que de voir son nom bafoué, ainsi que celui des membres de sa famille, ou de se retrouver complètement seul face à l'épreuve, car dénigré par ses pairs. Il ne faut pas non plus oublier les divers sentiments que tout ceci peut engendrer, qu'il s'agisse de sentiments d'agression, d'injustice, de honte, de regret ou encore de culpabilité.

Enfin, notre métier est avant tout public, et tourné vers les autres, ces mêmes autres qui pourraient nous causer tant de mal. Par ailleurs, les médecins sont, par nature, des êtres accordant une certaine importance au perfectionnisme et à l'amour du travail bien fait.

#### **1.4. Choix du sujet**

J'ai pris ce thème parce que nous avons tous fait un jour une erreur qui nous a marqués à vie et qui nous tourne encore en tête de temps en temps, lorsqu'un cas similaire se présente dans notre cabinet de consultation. Pour ma part, j'ai été sensibilisée à l'erreur lors de mon assistantat de médecine générale aux urgences. Un beau matin, je suis arrivée pour une nouvelle journée, contente d'être là, lorsqu'entre deux portes, mon patron me posa deux, trois questions sur un patient que j'avais vu la veille. Je m'en souvenais assez bien car il s'agissait d'une dame âgée, très gentille, avec qui j'avais plaisanté car elle avait été très patiente. Malgré le fait qu'elle avait peu de plaintes après une chute mineure sur sa moquette, j'avais insisté pour lui faire une RX de hanche, "par sécurité". J'appris alors que mes collègues de la nuit avaient été appelés à son chevet et qu'elle était décédée dans des circonstances dramatiques (convulsion et engagement cérébral sur hématome sous-dural favorisé par un traitement anticoagulant, probablement sur une chute datant d'une semaine). J'étais mortifiée. J'ai relu pendant des jours mon rapport (trop court à mon goût), en essayant de me rappeler si je lui avais bien posé les bonnes questions (y avait-il eu un trauma crânien ? une perte de connaissance ? des céphalées ?) et si je lui avais bien fait un examen complet (y compris neurologique et pas simplement centré sur l'appareil orthopédique). Par la suite, ce sujet a continué à me préoccuper. J'ai été stupéfaite de voir à quel point le thème de l'erreur était encore peu développé (ou pas assez encore à mon sens) dans notre formation, et que peu de place lui était consacrée dans notre pratique quotidienne et dans notre culture médicale.

Par ailleurs, je trouve incroyable que nous ayons au moins 20 ans de retard sur la culture de sécurité existant dans le domaine de l'aviation ou du nucléaire par exemple.

Et finalement, j'ai choisi ce sujet parce que c'est un sujet passionnant !

### **1.5. Buts de ce TFE**

Ce TFE m'a permis d'apprendre à tirer du positif de mes erreurs et à les analyser correctement. De plus, le travail de recherche qu'il m'a demandé m'a permis d'approfondir le sujet pour ainsi pouvoir en connaître davantage les mécanismes. Il ne s'agissait dès lors pas uniquement pour moi d'en trouver une application personnelle, mais aussi de pouvoir m'en faire une émissaire.

En outre, le but de ce TFE a été de stimuler indirectement mes jeunes confrères en leur posant des interrogations sous forme de questionnaire, et d'ainsi éveiller leur curiosité sur le sujet, mais également d'encourager la discussion en groupe sur les erreurs commises récemment.

Par ailleurs, il a pour vocation de montrer que si l'erreur est inévitable dans notre pratique quotidienne, elle peut cependant être fructueuse dès lors qu'elle est travaillée, dans une démarche pédagogique et éthique, pour l'amélioration de la sécurité des soins, à l'instar de l'EBM qui pose des règles générales de bonne conduite. Et dans ce domaine, il reste encore du chemin à parcourir. En effet, une étude récente menée par les chercheurs du Radboudumc (Nimègue)<sup>6</sup> auprès de 4.000 prestataires de soins (médecins, infirmiers et psychologues) montre qu'un quart des participants ont constaté au moins une erreur comportant un risque pour le patient, dans le chef d'un de leurs collègues. Cependant un médecin sur trois ne signale pas l'erreur à ses confrères lorsqu'elle est repérée.

Il a également pour but de promouvoir la culture de sécurité des soins au patient par le biais de la discussion indispensable entre le maître de stage (MdS) et son assistant, lors de débriefings systématiques.

Et finalement, il se veut une base de travail afin d'interpeler la Faculté de médecine et le CAMG sur le sujet. Il est indispensable que ces instances réalisent la carence présente dans notre formation et qu'il en soit tenu compte lors de la révision du programme du Master complémentaire en médecine générale.



## 2. Théorie

### 2.1. Définitions (EIAS, erreur, reproche, et faute).

L'événement indésirable associé aux soins (EIAS) est un *événement ou [une] circonstance associés aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau*<sup>7</sup>.

L'erreur, quant à elle, *correspond au dysfonctionnement, censé être évitable, par rapport à une norme théorique, [...] reconnue comme valide, ce niveau s'inscrivant dans le registre de la compétence et donc de la formation*<sup>5</sup>.

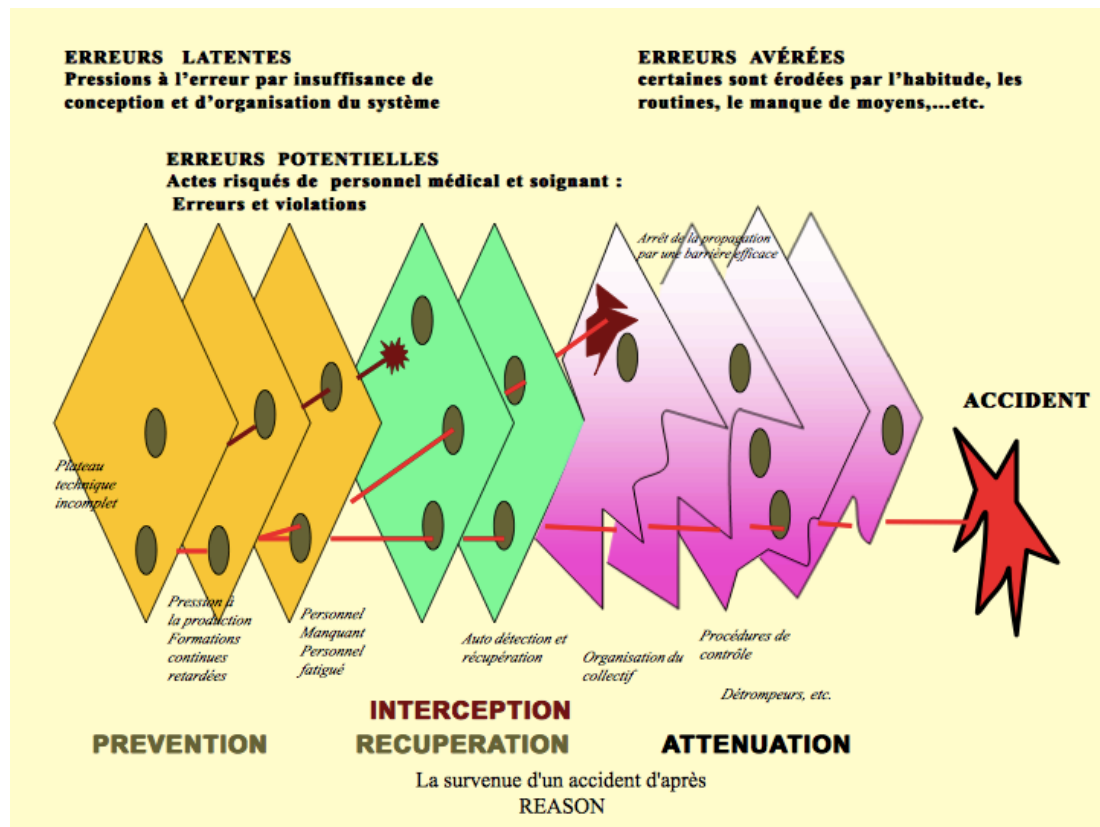
Le reproche *est plus souvent lié à un comportement relationnel inadéquat de la part du praticien qu'à la gravité de l'erreur commise*<sup>5</sup>.

Et pour finir, la faute est un terme juridique employé lorsqu'on a prouvé un lien de causalité entre un préjudice et un acte posé. Elle suppose tromperie ou négligence<sup>5</sup>.

### 2.2. Reason et la théorie du fromage

Parmi les grands noms dans ce domaine, James Reason est un des premiers scientifiques à s'être intéressé aux erreurs quotidiennes et à leur classification<sup>1</sup>. Selon Reason, il faudrait étudier ce qui ne fonctionne pas pour expliquer ce qui fonctionne bien.

Il a ainsi développé une théorie dans les années 80, bien connue sous le nom de Swiss Cheese Model (SCM). Ce modèle en plaques superposées, *permet de réaliser la présence de [barrières] de défense assurant chacune un rôle indépendant dans la protection globale d'un système*<sup>1</sup>. Ces barrières de défense ne sont pas parfaites, ce qui peut être comparé par exemple aux trous présents dans chaque tranche de fromage. Quand les trous de ces différentes tranches s'alignent, plus aucune barrière de défense n'est présente pour éviter à une erreur commise de manière active d'aboutir à un accident.



Il a également démontré que les erreurs quotidiennes provenaient du détournement de l'attention ou de la baisse de celle-ci, induite par la complexité et l'évolution dans le temps de notre environnement.

Le modèle a le mérite d'avoir remis l'erreur dans son contexte humain, organisationnel et sociétal et non plus dans un contexte basé uniquement sur l'opérateur et l'erreur qu'il commet.

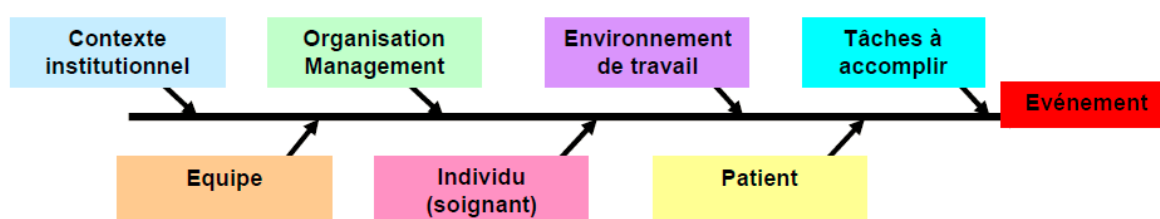
Il insiste, par ailleurs, sur la confusion souvent faite entre l'erreur (l'acte) et les conséquences (ses effets). L'erreur n'est pas plus grave parce que les conséquences avérées ont été plus importantes. Les presque-erreurs n'ont pas les mêmes effets mais sont pourtant tout aussi potentiellement graves que celles avec conséquences.

### 2.3. Onze indicateurs de défaillance types

Ainsi, nous pourrions adapter le modèle de Reason à la médecine générale par le biais de la méthode Tripod Delta<sup>8</sup>. Elle contient 11 types de défaillances possibles dans notre pratique ambulatoire, afin de faire un diagnostic proactif de notre organisation<sup>1</sup> :

1. Conception	Qualité de la conception du lieu ou du poste de travail, des équipements en termes d'ergonomie et de fonctionnalité.
2. Maintenance	Planification, qualité et conduite des activités de maintenance et réparation.
3. Conditions causant des erreurs	Degré avec lequel certains facteurs (externes) influencent les opérations : conditions physiques de travail (niveau sonore, température ambiante, luminosité, air ambiant, etc.) et facteurs psychologiques (motivation, stress au travail, satisfaction au travail, comportement, attitude, ambiance au travail, etc.).
4. Objectifs incompatibles	Façon dont la sécurité est gérée par rapport à d'autres objectifs comme la production, les moyens financiers, humains, matériels, etc.
5. Communication	Qualité de communication entre employés, services ou sites.
6. Moyens de défense	Disponibilité et efficacité des équipements de protection et des mesures de protections.
7. Matériel	Qualité, disponibilité des outils et équipement.
8. Procédures	Disponibilité, clarté, mise à jour, pertinence des modes opératoires, manuels, instructions de travail.
9. Ordre et propreté	Ordre et rangement des différents espaces de travail.
10. Organisation du travail	Qualité de l'organisation du travail, répartition des tâches, définition des responsabilités.
11. Entraînement et formation	Planification, coordination et efficacité des formations.

Développée par Charles Vincent et son équipe en 1998, la méthode ALARM<sup>9</sup> est le modèle de James Reason adapté à la médecine et celle-ci est téléchargeable sur le site de la HAS. Cette méthode nous permet d'analyser un événement indésirable afin de mettre en lumière les causes apparentes et les causes plus profondes de manière structurée. Lors de la clôture de ce TFE en avril 2016, cette méthode a été adaptée par Bally et Amalberti afin de prendre en compte l'expérience du patient, l'épisode de soins, les modalités de détection et de récupération des EIAS ainsi que le contexte<sup>10</sup>.



Il est aussi intéressant de noter que de telles méthodes sont également appliquées dans un autre domaine : celui de l'assurance qualité. En effet, il s'agit ici d'analyser la structure et les processus personnels dans le but d'améliorer la pratique<sup>11</sup>. Il est donc question de qualité au sens large, et pas seulement d'erreurs ou de presque-erreurs. Pour ce faire, des indicateurs sont choisis et des objectifs déterminés afin de diriger l'analyse. Par exemple, si le taux personnel de détection des cancers du sein est inférieur à la moyenne nationale, il y a lieu de se demander pourquoi et comment pallier à cette différence. D'un point de vue structurel, il pourrait s'agir par exemple d'une mauvaise qualité de prise en charge, par un déficit entre l'offre et la demande en termes d'IRM.

Ainsi, étant donné que la sécurité fait partie intégrante de la qualité des soins prodigués, la culture de sécurité des soins de santé s'inscrit de manière plus large dans l'assurance qualité.

## **2.4. Cinq tempos**

Plus récemment, Amalberti et al. ont développé la notion de tempo afin d'analyser spécifiquement notre système de fonctionnement en médecine générale<sup>12</sup>. L'erreur survient suite à un problème de gestion des tempos :

- 1) le tempo du cabinet (plages horaires pour communiquer les résultats au patient).
- 2) le tempo du système de soin (biologie aux urgences revenue positive après 3 jours, manque d'accès rapide à un scanner).
- 3) le tempo du médecin (défaut de connaissance de la part du praticien).
- 4) le tempo du patient (refus ou retard d'exécution de conseils médicaux).
- 5) le tempo de la maladie (chute sous AVK ce qui a entraîné rapidement un hématome sous dural et l'engagement cérébral).

## **2.5. Plusieurs réactions à l'erreur<sup>5</sup>**

Plusieurs réactions de la part du médecin sont possibles après une erreur :

1. Colère contre soi-même et/ou contre les autres.
2. Fuite (refoulement et oubli).
3. Distanciation ("cela peut arriver à tout le monde, j'ai fait de mon mieux" etc.).
4. Médecine défensive ou sélection de la patientèle.
5. Activisme afin de reconquérir une estime de soi.

Il est intéressant de connaître les différentes réactions face à l'erreur afin de mieux comprendre et soutenir ses collègues le cas échéant.

### **3. Méthode de recherche**

Après avoir défini le but de mon TFE, j'ai procédé à des recherches en ligne en août 2015 et janvier 2016 par mots clés sur la Cochrane Library, ainsi que les sites internet de la HAS, du NICE, du Cismef, et de Pubmed. Les principaux mots clés utilisés étaient les suivants, utilisés seuls ou en combinaison : "MEDICAL ERRORS", "IMPACT", "RESIDENT", "JUNIOR DOCTOR", "BELGIUM". Je n'ai retenu que les publications récentes (moins de dix ans) parmi les articles et les guidelines.

A travers une recherche par spécialiste, j'ai trouvé un livre ("L'erreur médicale, le burn out et le soignant : de la seconde victime au premier acteur") paru en 2012 et écrit par le Pr Galam, professeur de médecine générale à l'université Paris Diderot et spécialiste de la question en France. Il participe également au programme "Éviter l'évitable" pour la revue "Prescrire".

J'ai également procédé à des recherches bibliographiques au sein de la base de données des thèses de médecine générale de l'Université de Paris-Diderot.

Par la suite, j'ai navigué d'article en article en utilisant, comme fil rouge, la bibliographie de plusieurs articles afin d'approfondir certains aspects du sujet.

## **4. Questionnaire**

### **4.1. Questionnaire soumis aux jeunes médecins de médecine générale**

#### *4.1.1. Questions*

Les questions soumises aux assistants de 1ère à 3e année du Master complémentaire de médecine générale de l'UCL portaient essentiellement sur des sujets que j'ai retenus après avoir effectué une revue de littérature dès août 2015.

#### *4.1.2. Sélection et inclusion*

Pour sélectionner les assistants, j'ai pris 4 groupes de séminaires locorégionaux (séances obligatoires pour les assistants en médecine générale afin d'obtenir leur Master complémentaire en médecine générale, organisées par le Centre académique de médecine générale de l'UCL, et encadrées par des médecins généralistes de terrain, maîtres de stage).

Les assistants viennent généralement de la région dans laquelle le séminaire est organisé, mais certains font parfois jusqu'à une heure de trajet pour s'y rendre. Les sites choisis au hasard (les 4 premières dates disponibles dans mon agenda) ont été Louvain-la-Neuve, Nivelles, Namur et Bruxelles Helmet. Afin d'éviter le biais d'inclusion, j'ai veillé à ce que toutes les personnes présentes répondent. Cependant, le questionnaire prévoyait de ne pas répondre aux questions subséquentes si la réponse à une des toutes premières questions était négative. Il n'est dès lors pas impossible qu'un certain biais d'inclusion se soit glissé dans ce travail de recherche, de par le fait que certaines personnes n'ayant pas envie de répondre au questionnaire aient peut-être préféré répondre non à ladite question.

J'ai ainsi récolté 101 questionnaires papiers dans le courant des mois de décembre 2015 et janvier 2016. Sur l'ensemble 97 questionnaires ont été correctement remplis. Afin de faciliter la lecture de ce TFE, le questionnaire proposé se trouve en annexe 1.

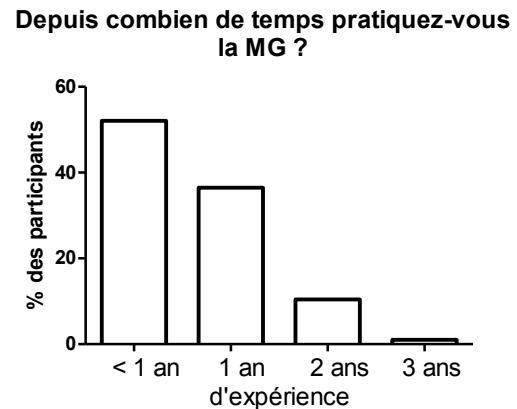
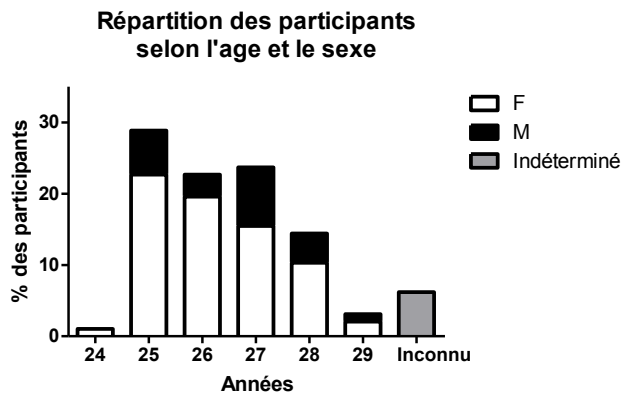
#### *4.1.3. Analyse et conclusion*

Il y a peu de comparaison possible entre ces données et celles de la littérature car ces dernières sont quasi inexistantes. Dans le cas contraire, la comparaison suit la figure correspondante.

#### 4.1.3.1. Age et sexe

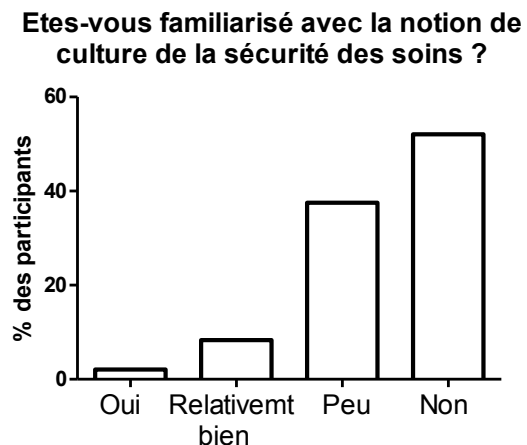
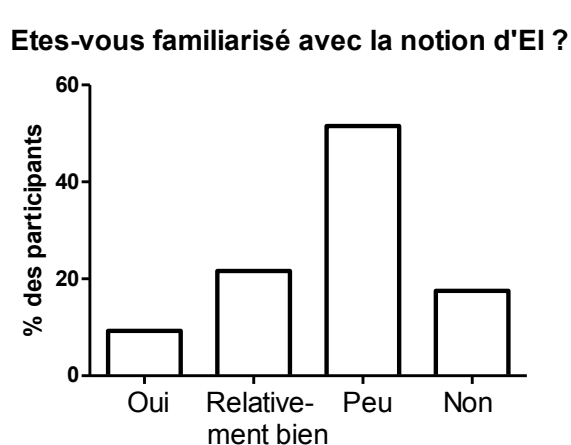
Nous pouvons constater que la répartition est très inégale dans les 4 groupes sélectionnés. Il s'agit surtout de jeunes femmes ayant peu de pratique à leur actif.

En effet, 75% des participants sont de sexe féminin et 52% des participants pratiquent la médecine générale depuis moins d'un an.



#### 4.1.3.2 Connaissance des notions d'événement indésirable (EI) et culture de la sécurité des soins

On constate un manque cruel de connaissance en matière de sécurité des soins aux patients. 69% des assistants n'ont pas, ou peu, connaissance de cette notion.



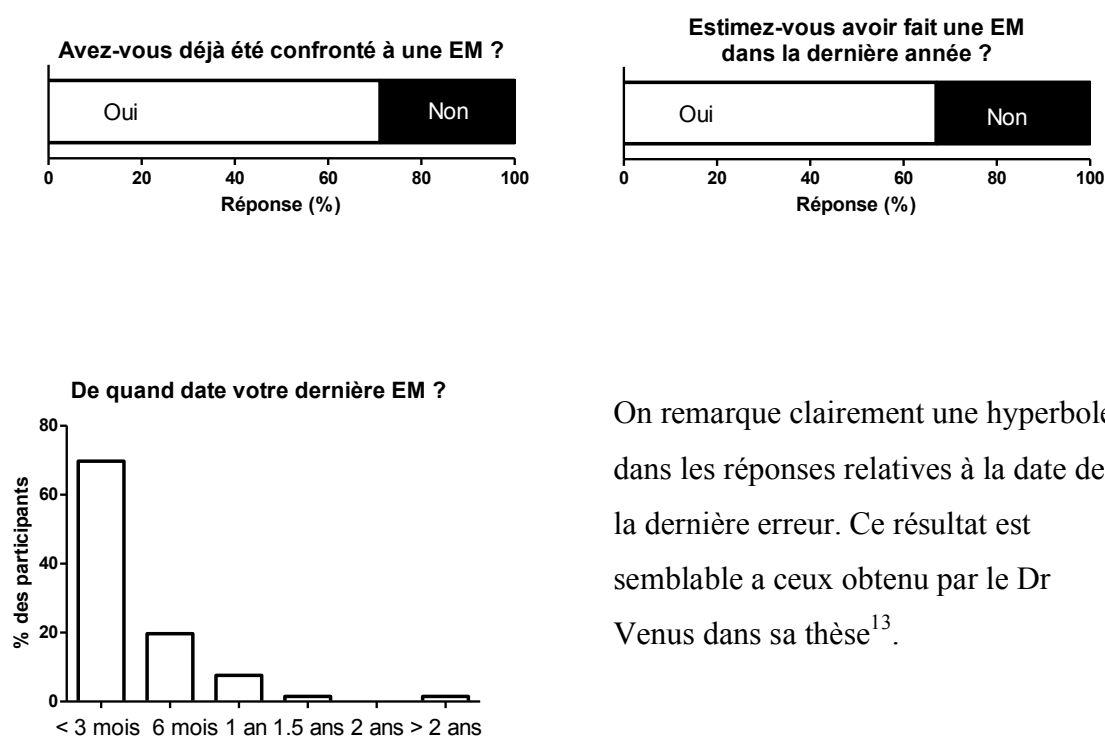
Cette donnée n'a encore jamais été publiée dans la littérature. De ce fait, je ne sais donc pas en faire un comparatif valable.



#### 4.1.3.3. Erreur médicale (EM)

Et pourtant, force est de constater que 71% des assistants en médecine générale francophone ont déjà été confrontés à une erreur médicale lors de leur assistantat, dont 65% dans l'année écoulée. Cependant, nous faisons tous des erreurs toutes les semaines, et sinon au moins tous les mois. Il est très inquiétant de constater que pas moins de 30% des jeunes médecins estiment ne pas en avoir fait pendant un an !

Ce taux n'est pas confirmé par la thèse Venus<sup>13</sup> qui révèle un taux de réponse positive à cette question de 97%. Ce taux n'est pas comparable car un gros biais d'inclusion est présent dans la thèse de cette dernière.

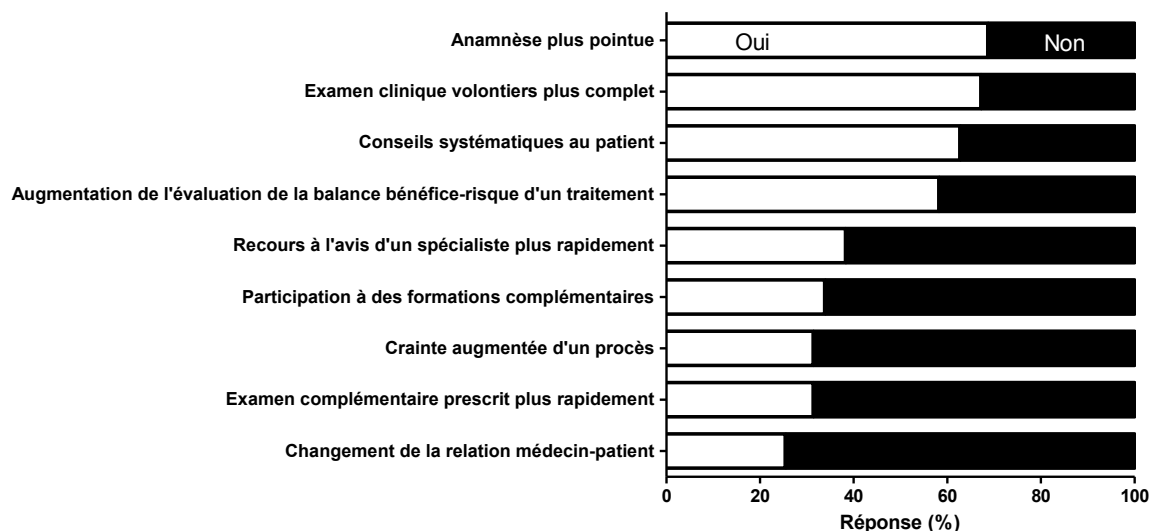


On remarque clairement une hyperbole dans les réponses relatives à la date de la dernière erreur. Ce résultat est semblable à ceux obtenus par le Dr Venus dans sa thèse<sup>13</sup>.

Ensuite, ceux qui avaient estimé qu'ils n'avaient encore jamais fait d'erreur dans leur pratique jusqu'alors, ont arrêté de remplir le questionnaire. Le reste des résultats est donc basé sur 70 questionnaires.

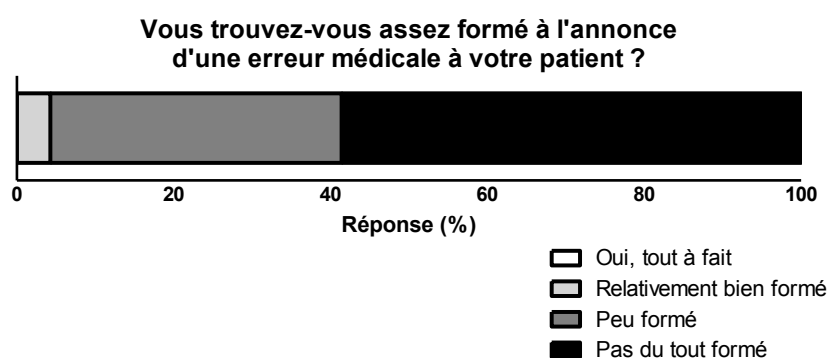
#### 4.1.3.4 Comportements adaptatifs

Parmi ceux qui ont été confrontés à une erreur, j'ai recherché les comportements adaptatifs les plus fréquents :



On remarque que les changements ont lieu plutôt dans la pratique, lors de la consultation, plutôt qu'au travers de l'avis d'un spécialiste ou via un examen complémentaire. Il ne faut cependant pas sous-estimer l'impact financier et sociétal que ce changement de comportement engendre. Ainsi, ne serait-il pas préférable de prévenir que d'agir, en formant les assistants en médecine à gérer l'impact des erreurs médicales, plutôt que de laisser se développer ces comportements inadéquats ?

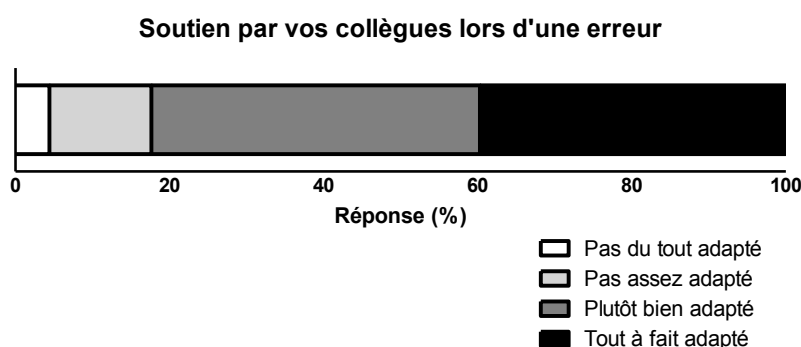
En effet, la très grande majorité des assistants en médecine générale (soit 96%) considèrent ne pas avoir été correctement formés à l'annonce d'une erreur médicale au patient.



#### 4.1.3.5. Soutien par les collègues

40% des assistants estiment avoir été très bien soutenus, et ce de manière adaptée, par leurs collègues. 43% estiment avoir été plutôt bien soutenus. On peut ainsi constater que l'approche pédagogique de l'erreur par nos pairs ou collègues est encore absente pour une partie des

assistants. Cette absence peut être due à une dissimulation desdites erreurs de la part des assistants, parfois par peur de ne pas être soutenus, voire critiqués ou humiliés. Cependant, il est aussi probable que le manque d'approche pédagogique résulte de l'absence d'une culture de la sécurité des soins dans le chef du MdS, ou pire encore, de la présence d'un élément lui étant totalement opposé, une culture punitive. Cette dernière n'a plus sa place en médecine car elle cherche uniquement les responsables pour pouvoir les sanctionner. Les personnes font partie d'un système et l'erreur n'est pas que personnelle mais également structurelle. Si l'on sanctionne la personne sans changer le système, on perpétue le problème plus qu'on ne le résout. A nous de trouver une balance entre les deux extrêmes de punition et d'impunité, ce qui est le but de la "just culture"<sup>14</sup>.



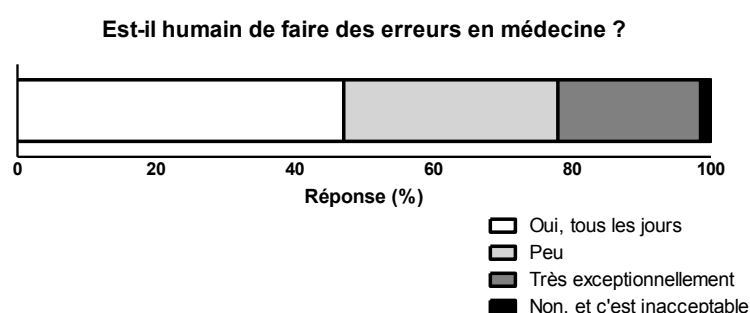
Cette information n'est pas transposable aux résultats de Venus<sup>13</sup> qui obtient à nouveau une hyperbole avec deux extrémités très positives (parfaitement soutenu et très peu soutenu). De plus, la question ne mentionne pas si le soutien provenait des collègues ou de l'entourage personnel.

#### 4.1.3.6. L'erreur est-elle humaine ?

La question est trompeuse. Même si le questionnaire proposé commençait par les définitions d'évènement indésirable et d'erreur médicale, il semblerait que celles-ci aient été ressenties comme confuses.

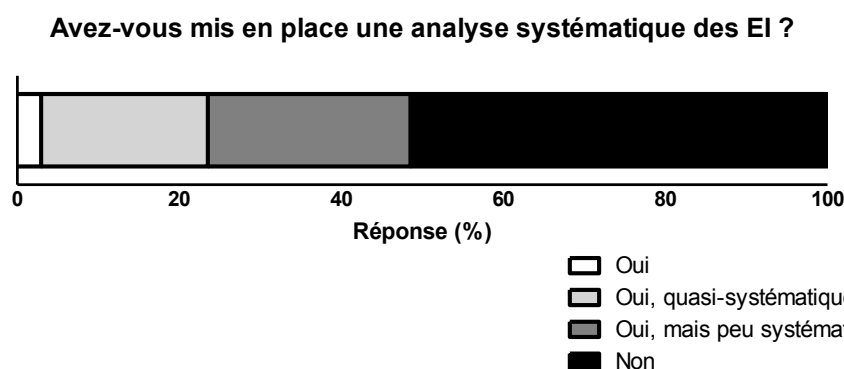
Ainsi, malgré le fait que j'aie pris le temps d'introduire correctement le sujet avant de distribuer le questionnaire aux participants, la confusion n'a pu être complètement évitée. Cette constatation n'est peut-être pas étonnante quand on sait que l'OMS a relevé en 2007 seize définitions différentes d'une erreur, et quatorze d'EI. Pour ma part, j'ai choisi celle réappropriée par des médecins généralistes lors d'un focus groupe pour un TFE en France. C'est ainsi que nous avons une réponse assez hétérogène : en effet, certains ont pensé à des

erreurs graves et rares et d'autres aux petites erreurs de la vie de tous les jours. Il est clair que nous faisons des erreurs tous les jours qui sont rattrapées parfois par notre système. On peut cependant en conclure qu'il y a une certaine acceptation de notre faillibilité, que nous faisons des erreurs chaque jour, et que c'est humain. Ainsi, 47% des participants considèrent qu'il est humain de faire des erreurs tous les jours en médecine. Il est cependant intéressant de constater que parmi les participants ayant répondu à cette question, c'est-à-dire parmi les 71% confrontés à une erreur médicale, 22% d'entre eux considèrent qu'elles sont très exceptionnelles voire inacceptables. Une personne sur cinq est donc, elle, opposée à cette faillibilité.



#### 4.1.3.7. Mise en place d'une analyse systématique des EI

Malgré le fait qu'une partie seulement des assistants soient conscients qu'ils font des erreurs, peu d'entre eux (3%) ont mis une analyse systématique des EI en place, à la suite d'une erreur et 21% ont mis en route un système d'analyse quasi systématique.

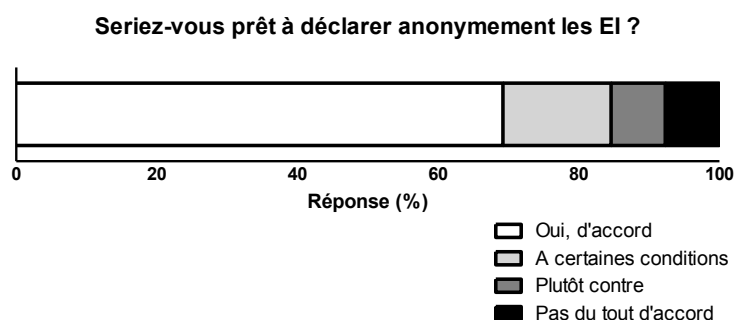


Dans la question ouverte qui suivait ("Si vous avez mis des analyses systématiques en place, quelles sont-elles ?"), les assistants ont surtout mis en place un système de référence vers leur MdS ou les spécialistes hospitaliers, sans réelle remise en question des autres composantes

(voir les 5 tempos), pour éviter que les erreurs ne se reproduisent. Il est donc primordial qu'une réunion systématique entre MdS et assistant se fasse une à deux fois par semaine pour discuter des cas même d'apparence anodins, afin d'aborder des questions qui n'auraient potentiellement pas été posées au moment même, permettant ainsi de repérer les prises de décision et les raisonnements inadéquats. En effet, la littérature<sup>15</sup> montre que la mauvaise prise de décision relève le plus souvent d'un raisonnement inadéquat. L'intuition diagnostique a lieu dans les 2 premières minutes de la consultation, le médecin faisant appel à des prototypes pour reconnaître les situations pathologiques. Un des problèmes peut être la mauvaise qualité, voire l'absence, de prototypes corrects pour le diagnostic à poser.

#### 4.1.3.8. Déclaration anonyme des EI

Un système de déclaration des erreurs en médecine par le professionnel de la santé n'existe pas encore en Belgique. Pourtant, 69% des assistants seraient prêts à déclarer anonymement leurs EI et 15% supplémentaires seraient d'accord mais à certaines conditions.



Dans la question ouverte subséquente ("Si oui, à quelles conditions ?"), les seules réponses que j'aie obtenues furent les suivantes : anonymat, système non-jugeant ou non-pénalisant, rapide, simple et accessible à tous les médecins et uniquement aux médecins (pas au patient). La répétition de la condition d'anonymat dans les réponses libres suggère l'importance accordée à ce critère.

Une personne a également mentionné un incitant financier ou équivalent horaire.

Il faut cependant savoir qu'en Belgique, contrairement aux États-Unis par exemple, les informations prodiguées dans le cadre de la sécurité des soins de santé ne sont pas protégées en soi. Elles le sont face à la justice. En effet, selon l'article 929 du Code judiciaire et l'article 63 du Code de déontologie médicale, un médecin (qui serait dépositaire de ce genre de

déclarations) appelé comme témoin dans une procédure judiciaire peut décider de ne pas parler, même après avoir été délivré du secret professionnel par le juge, s'il considère que cela va à l'encontre dudit secret. Cependant, en vertu de l'article 69 du Code de déontologie, il se devrait de parler face à l'Ordre des médecins, rendant potentiellement possible des mesures disciplinaires. Sans mesure de protection des informations fournies dans un système de déclaration d'incidents, représentant implicitement une reconnaissance de responsabilité, cette caractéristique annihilerait probablement toute volonté de déclaration.

## **4.2. Focus groupe maitre de stage**

### *4.2.1. Questions*

Les questions ont été posées à l'occasion de notre réunion "Equalisp" du 1er février 2016, groupe se réunissant 4 fois sur l'année afin d'avoir un échange de pratiques sur le Namurois et de favoriser la discussion entre MdS et assistants. Étaient présents à ce focus groupe, le Dr Doumont P., le Dr Ladrier G., le Dr Lafontaine J.B., le Dr Picard M., et le Dr Puissant B., tous MdS, ainsi que les Dr Goffin M. et Schotte J.L., assistants en médecine générale.

Voici les réponses récoltées en 2h :

1. Quels sont les types d'erreur que font surtout les assistants ?

Parmi les réponses données :

- procédure (prescription, ...) ;
- structuration de la consultation ;
- prôner la vérité absolue ;
- ne pas connaître et reconnaître ses limites ;
- vouloir résoudre le problème à tout prix, en consultation ;
- se faire bernier par le patient ;
- ne pas creuser la vraie demande, derrière la demande initiale.

2. Comment se rendre compte des erreurs commises par l'assistant ?

Les MdS ont proposé une rencontre hebdomadaire, avec révision systématique des dossiers de la semaine, supervision de cas en temps réel (consultation en binôme de temps en temps et pas uniquement au début de la pratique), insister auprès de l'assistant pour qu'il ose parler de

ce qui ne va pas, débriefings de cas qui se sont mal déroulés mais parler aussi des patients qui vont bien afin de détecter les presque-erreurs.

### 3. Comment gérer la situation quand l'assistant a fait une erreur ?

Partager les différentes erreurs commises, car nous en faisons tous, permet de désacraliser le MdS et de lui rendre son humanité. Chacun, MdS et assistant, apprend des erreurs de l'autre. Les MdS ont trouvé important de verbaliser les choses. En d'autres termes, il faudrait généraliser le cas d'erreur dans toutes les pratiques MdS-assistant.

C'est aussi l'occasion de parler avec l'assistant des différences entre les guides de bonne conduite, et les pratiques médicales de terrain.

#### 4.2.2. *Analyse et conclusion*

Après discussion du sujet, tous les maîtres de stage et leur assistant disaient ne pas avoir d'évaluation de leur travail. Ils n'avaient pas mis en place de moments réguliers pour parler des erreurs rencontrées dans leur pratique. Individuellement, ils en trouvaient les causes directes et visibles, mais ne mettaient pas en place une analyse structurée par une méthode afin de mettre en lumière les défaillances "cachées".

Ils mettaient également l'accent sur l'importance de passer du temps et de donner des explications au patient après l'erreur, et que finalement, le patient pouvait aussi être un révélateur d'erreur (lorsqu'il nous la rapporte).

J'ai pu constater que le sujet a intéressé toutes les personnes présentes, et provoqué un engouement important. Serait-il révélateur d'un manque flagrant d'intégration dans notre pratique de cette culture de sécurité des soins ?

## **5. Résultats des recherches**

### **5.1. Pourquoi parler de l'erreur ?**

La culture de sécurité des soins est encore loin d'être ancrée dans notre pratique quotidienne. Beaucoup d'articles, de rapports, de directives européennes ou de l'OMS, de guides HAS et de livres ont été écrits sur le sujet, mais force est de constater que ce questionnement n'est pas encore présent en bas de l'échelle, tout du moins en Belgique.

La médecine est un métier à risque à plus d'un titre.

D'abord, parce que le médecin est un gestionnaire de risques relatifs pour le patient. Chaque décision en consultation est prise en regard de la balance bénéfice-risque qu'encourt le patient s'il prend ce médicament, s'il bénéficie de cet examen complémentaire, etc.

Ensuite, parce que ces décisions constituent déjà en soi un risque d'erreur d'appréciation.

La médecine est également un métier à risque pour le praticien lui-même car le risque suicidaire chez les médecins est 2,37 fois plus important par rapport à la population générale du même âge. Un des facteurs de risque est l'implication dans un processus juridique<sup>16</sup>. Mais, comme nous le mentionnons en introduction, la peur du procès précède de manière latente une telle implication.

### **5.2. Le burn out**

*" La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins, de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse, parce que c'est la seule possibilité de guérir - au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres, et on n'est pas non plus obligé d'en crever"<sup>17</sup>.*

Le burn out est *un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail*<sup>18</sup>.

*Parmi les symptômes psychologiques développés par les médecins, 25% étaient atteints de troubles de santé mentale (40% de maladies psychiatriques).*



*Des symptômes psychologiques apparaissent en parallèle (irritabilité, fatigue, sentiment dépressif, désintérêt grandissant pour le travail allant jusqu'au cynisme et signe de dépersonnalisation, addiction, suicide, divorce, etc.)<sup>18,19</sup>. Les conséquences sont également interindividuelles (distanciation interpersonnelle, prise en charge du patient défectueuse, inefficacité, appréhension devant les responsabilités)<sup>16</sup>.*

D'après plusieurs études et méta-analyses<sup>20,21,22</sup>, il existe un lien entre l'état mental de l'assistant et le fait de rapporter des erreurs. Aucune étude n'a à ce jour prouvé un lien solide entre burn out et le fait de faire des erreurs. Cependant, une étude<sup>22,23</sup> suggère que *la fatigue, la somnolence, le burn out, la dépression et la qualité de vie réduite sont indépendamment associés à un plus grand risque d'erreurs médicales importantes perçues à venir*. Ce lien avait d'ailleurs été fait dans la méthode Tripod, expliquée précédemment.

Quand on sait qu'en 2007, 43% des médecins en Europe étaient atteints de burn out sévère dont, parmi nos voisins, 40% en région parisienne et 46% aux Royaume-Uni, la problématique laisse songeuse<sup>24</sup>.

Quand à la dépression, le lien avec le taux d'erreurs est beaucoup plus établi.

En effet, d'après une étude conduite parmi les internes de pédiatrie<sup>20</sup>, environ 20% des participants répondaient aux critères de dépression. Les résidents dépressifs faisaient jusqu'à 6,2 fois plus d'erreurs médicamenteuses sur un mois que les résidents non dépressifs.

A nouveau, quand on sait qu'une méta-analyse récente<sup>21</sup>, parue en 2015, affirme que les internes seraient trois fois plus touchés par la dépression que la population générale (soit 28,8% des résidents), le lien est interpellant.

### **5.3. Seconde victime**

Quand une erreur se produit, elle n'affecte souvent pas uniquement le patient, mais comme le souligne Wu<sup>25</sup>, également le praticien lui-même. Ainsi la seconde victime est *un soignant impliqué et traumatisé par un évènement imprévu et défavorable pour un patient et/ou une erreur médicale dont il se sent souvent personnellement responsable et qui occasionne un sentiment d'échec et remet en question son expérience clinique et ses compétences fondamentales<sup>22</sup>.*

## 5.4. Conséquences professionnelles et privées

Waterman et al. ont interrogé en 2007, 3.171 médecins chirurgiens, médecins généralistes, internistes et pédiatres sur l'impact d'un événement indésirable. Ils ont montré une *anxiété accrue par rapport à d'éventuelles futures erreurs (61%), un manque de confiance (44%), des difficultés de sommeil (42%), une diminution de l'accomplissement professionnel (42%), ou une crainte pour la réputation (13%)*. Les résultats étaient semblables chez les médecins impliqués dans une presque-erreur. Environ la moitié des médecins ont rapporté que leur implication dans une erreur médicale avait augmenté le stress lié au travail<sup>22,26</sup>.

### 5.4.1 Appliqué à l'assistant

Venus<sup>13</sup> décrit très bien l'impact des erreurs sur l'assistant. Après une erreur, l'assistant a ressenti surtout de la culpabilité mais également de l'angoisse, de la solitude, le sentiment d'être perdu, des troubles du sommeil et une tristesse manifestée par des pleurs.

La moitié des internes ont ressassé leur erreur.

Par ailleurs, comme évoqué plus haut (au point 4.1.3.4), les assistants adoptent des comportements adaptatifs pas toujours adéquats.

Il serait intéressant (dans un prochain travail) de voir si l'assistant ne fait pas plus d'erreur qu'un médecin expérimenté, même si notre bon sens nous dit "probablement que oui". Il serait aussi intéressant de voir quelle cause d'erreur est spécifique à l'assistant (organisationnelle, manque de formation ou connaissance du réseau). Il serait également intéressant de voir si l'impact sur l'assistant n'est pas plus important que sur un médecin plus expérimenté. L'assistant est dans une période de grand stress et de grande concentration car tout est nouveau, il doit faire attention à tout. Il accumule chaque jour des petites erreurs (oublier de signer une ordonnance, ne plus savoir la dose ou le nom d'un médicament, rater une prise de sang, oublier de rappeler un patient pour son INR). Cet état de fragilité peut entamer l'estime de soi de l'assistant. Si dans cette situation particulière une erreur importante survient, ne serait-elle pas plus destructrice que pour un autre praticien ?

## 5.5. En tirer des leçons

"La seule véritable erreur est celle dont on ne tire aucun enseignement" John Powell

Ce n'est qu'en tirant les leçons de son erreur que l'on arrête de la reproduire. Une erreur reste une erreur mais persister dans l'erreur est une faute. Comme le dit le proverbe latin "errare humanum est, perseverare diabolicum".

### 5.5.1. *Revue de morbidité et mortalité*

Pendant plusieurs années, la HAS s'est penchée sur une méthode à mettre en place en médecine générale pour travailler de manière efficace nos erreurs. C'est ainsi qu'en 2011 est sorti un guide méthodologique de revue de mortalité et de morbidité (RMM)<sup>27</sup>.

*Une RMM permet par une réflexion collective sur les prises en charges réalisées :*

- *de décrire les pratiques et les processus de soins réalisés;*
- *d'identifier, parmi ces pratiques, celles jugées non optimales, ainsi que les problèmes rencontrés lors de la prise en charge;*
- *de les analyser afin d'en rechercher les facteurs contributifs et les causes, d'identifier également les actions et les éléments ayant permis d'éviter des dommages chez le patient;*
- *de proposer des actions d'amélioration visant à diminuer la probabilité d'apparition des causes à l'origine du risque (actions préventives) ou à en limiter leurs effets délétères et leur gravité (actions protectrices);*
- *de suivre et d'évaluer les actions entreprises.*

*Ces réunions permettent une analyse à la fois transparente, non culpabilisante et dédramatisante.*

*Cette méthodologie permet une analyse globale de la situation, prenant en compte tous les éléments (humains mais aussi organisationnels et techniques). De ce fait, elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou des individus.*

*A l'issue de cette analyse, des enseignements peuvent être tirés sur le fonctionnement du "système" et sur les forces et vulnérabilité existantes afin de mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.*

*La méthode peut être mise en place dans toute structure regroupant des médecins généralistes, dirigés par un médecin généraliste expérimenté, volontaire et reconnu par le groupe. Une procédure écrite est diffusée à tous les professionnels concernés décrivant l'organisation de la RMM mise en place ainsi que les modalités d'engagement. Tous ceux impliqués dans la prise en charge du patient sont les bienvenus, chacun étant tenu au secret professionnel.*

Un compte rendu est fait afin de pouvoir revenir sur les situations rétrospectivement et évaluer si les mesures évoquées ont été mises en place ainsi que leurs conséquences.

#### *5.5.2. Les groupes Balint*

Les groupes Balint ont été créés suite à la parution, en 1957, du livre du Dr Michael Balint "The doctor, his patient and the illness". Le médecin peut servir de médicament pour son patient. Comme pour toute partie de pharmacologie, il faut le "bon" dosage sous peine d'effet secondaire autant pour le patient que pour le médecin. Les groupes ont été créés afin d'apprendre à faire bon usage de ce "médicament".

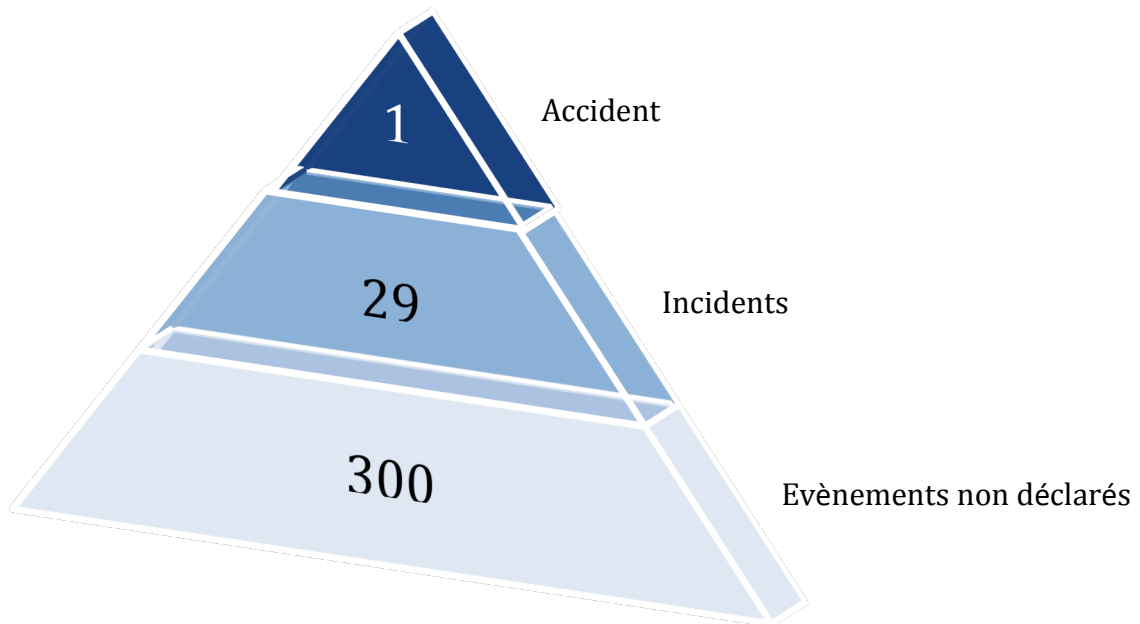
Les groupes Balint permettent de s'exprimer sur les difficultés rencontrées lors de la relation médecin-patient, et de discuter de l'impact que cela a eu dans sa propre pratique. Il permet aussi de discuter et de trouver des facteurs psychologiques favorisant ("Pourquoi est-ce arrivé à ce moment là ? Parce que le précédent patient m'avait beaucoup touché, parce que j'étais en retard car il avait beaucoup parlé, et que j'avais la tête ailleurs à cause d'un problème familial, ou que j'étais pressé car je devais aller rechercher mes enfants, etc.")

Cela est parfois libérateur de verbaliser l'événement, d'être entendu et compris par une assemblée de praticiens qui vivent la même chose, dans une ambiance de bienveillance et de non-jugement.

### 5.5.3. Discussion avec le maitre de stage

#### 5.5.3.1 Types de discussions (formelle/informelle, prévue/exceptionnelle)

Prenons exemple sur le monde de l'aviation qui s'impose un débriefing systématique après chaque vol depuis des décennies. Cela permet de ne pas analyser uniquement les événements indésirables mais aussi les presque-événements indésirables. Il faut se concentrer sur la sévérité des risques potentiels encourus plutôt que sur la gravité du résultat final. Il ne faut pas se concentrer uniquement sur les événements qui ont eu d'importantes conséquences, mais également sur ceux qui auraient pu en avoir, même si tout s'est bien terminé. En effet, si on se réfère au modèle d'Heinrich, pour chaque accident fatal, il y a 29 incidents graves et 300 événements non-rapportés. Ces chiffres élaborés en 1931<sup>28</sup> ont, depuis lors, été plusieurs fois revus et leur classification étoffée.



La discussion doit être informelle, dans un contexte agréable, sans jugement et bienveillant. Ce n'est que dans une telle ambiance que l'assistant pourra exprimer ses erreurs et essayer, aidé par son MdS, d'en tirer tout le positif.

Elle doit être systématique dans l'agenda afin de ne pas tomber dans la routine et dans le piège de la rentabilité de temps.

#### 5.5.3.2 Biais de rétrospection<sup>22</sup>

Lorsqu'on analyse une erreur médicale pour en tirer les conclusions, il faut veiller à bien remettre le récit dans son contexte. Il est facile de discuter dans l'après coup, quand on connaît l'issue de la situation et le diagnostic, de penser que c'était logique et qu'il est donc incompréhensible que le médecin ne l'ait pas trouvé ("mais c'était évident quand même, elle présentait cela, cela et cela comme symptômes"). *En déroulant à l'envers les événements,... on en atténue la complexité et on en décrit un développement particulier, parmi tant d'autres initialement possibles.*

Pour éviter ce travers, il faut analyser rapidement quand tous les détails sont encore frais dans la tête. Il faut bien recontextualiser les faits en tenant compte des caractéristiques relationnelles, pragmatiques ou culturelles des décisions prises. Mieux vaut en parler à quelqu'un qui vit ou a déjà vécu dans un cadre de travail identique, sous peine que le cas soit moins bien compris (non prise en compte d'un contexte non évoqué lors du cas mais qui est sous entendu. Par exemple, la spécificité de la pratique du médecin généraliste de travailler seul hors structure hospitalière). Les autres interlocuteurs ne doivent pas oublier que leur attention est éveillée par le fait qu'ils savent que, si le cas est présenté, celui-ci est sûrement atypique. Il y a là un biais de présentation dont il faut tenir compte également. Le cas a été épuré de tous les éléments qui parasitent notre pensée.

Pour réduire ce biais, il est préférable que l'assemblée développe le cas en différents scénarios plausibles avant de savoir le diagnostic final.

#### 5.5.4 Autres

Le Pr Galam écrit également dans son livre "L'erreur médicale, le burn out et le soignant" que *"le soutien est d'autant plus efficace qu'il provient d'une personne compétente"*<sup>22</sup>. Ainsi, disposer d'un soutien de ses collègues est important, mais cela le sera encore plus s'il s'agit de quelqu'un fort estimé et qui est expert dans la branche concernée.

De plus, un programme de déclaration des événements indésirables, semblable au REX en France, permettrait de tirer à grande échelle des leçons plus généralisées et de mettre en route cette boucle vertueuse :



SSP : solution pour la sécurité du patient

## 6. Conclusion

Il faut un changement de paradigme et que la perfection devienne un objectif de perfectibilité constante. Accepter que nous ne soyons pas parfaits permet d'accepter ses erreurs. Essayer de se perfectionner engendre d'apprendre de celles-ci.

### 6.1 Pistes pour l'intégration d'une culture de la sécurité des soins au patient dans la pratique journalière

#### 6.1.1 *En cas d'erreur : guide de formation de la gestion de l'erreur et de l'écoute active*

En cas d'erreur, comment réagir ? A nouveau, la HAS dans son optique d'amélioration des pratiques et de la sécurité des patients, a créé un guide très bien fait sur l'annonce d'un dommage associé aux soins<sup>29</sup>, destiné principalement aux professionnels de la santé.

Pourquoi est-ce important d'en parler ?

*Annoncer un dommage consiste à prendre en considération le patient et à reconnaître sa souffrance, ce qui contribue à le soulager, à l'apaiser, et par voie de conséquence, à apaiser une relation soignant-patient parfois mise à mal.*

*Une communication rapide évitera d'accroître son angoisse, voire sa colère, et traduira l'attention et le souci qu'on lui porte tant sur le plan physique que psychologique<sup>29</sup>.*

*Pourquoi est-ce si difficile ?*

Expliquer aux patients les tenants et les aboutissants liés à l'erreur est un exercice difficile car il nous met face à nos carences et à la façon dont nous les gérons (gestion de nos émotions et la crainte d'une attaque en justice). C'est un exercice qu'on pratique peu, ceci aggravant encore davantage notre malaise et notre découragement.

*Cependant, plusieurs études ont montré qu'une annonce bien menée suite à la survenue d'un dommage tend à répondre aux attentes du patient, à renforcer sa confiance envers le soignant et à limiter une judiciarisation de l'événement<sup>29</sup>.*



Je trouvais le tableau récapitulatif du résumé en début de guide (3p) très clair, instructif et proche de notre pratique journalière mais il est protégé par un copyright. Je vous conseille donc d'aller le télécharger gratuitement sur [www.has-santé.fr](http://www.has-santé.fr).

#### *6.1.2. Cours d'introduction à la gestion de l'erreur en Master complémentaire de médecine générale.*

Cette facette de notre métier est peu connue et les médecins à l'UCL ne sont pas formés pour gérer correctement l'erreur. Dommage ! Pourtant, ce serait intégrable moyennant peu d'efforts. L'OMS a en effet publié, en 2011, un guide prêt à l'emploi afin d'aider les universités à intégrer un curriculum éducatif sur le sujet. Ce guide, intitulé "Patient safety curriculum guide: multi-professional edition" est disponible gratuitement sur leur site internet.

Il me semble que même une introduction au sujet en début d'assistantat, afin de faire germer l'idée chez les futurs médecins, et qu'ils puissent le cas échéant retourner voir leurs slides, serait un objectif réalisable à très courte échéance et facile à mettre en place. Il va sans dire que cette mesure ne fait que rattraper les lacunes passées. Il ne faut pas s'arrêter là. Le but ultime de ce travail est que l'éducation à la culture de la sécurité des soins au patient apparaisse dès les baccalauréats de médecine, comme matière obligatoire. C'est au début de sa formation que le jeune médecin est le plus perméable à de nouveaux concepts et qu'il doit intégrer cette notion dans toutes les branches qu'il abordera.

Lors de notre dernière année de master en médecine à l'UCL, il nous est demandé d'écrire un cas d'erreur vécu lors de nos stages obligatoires dans un service hospitalier. L'erreur ne doit pas être personnelle mais peut avoir été faite par quelqu'un d'autre. Pouvoir coucher l'erreur sur papier permet de développer l'esprit critique de l'étudiant. Il peut ainsi l'analyser et en tirer les leçons possibles. L'idée du cas d'erreur est une bonne chose mais celle-ci est mal perçue par les MdS hospitaliers et les stagiaires pour diverses raisons qui sortent du cadre de ce TFE (entre autres, impression d'être jugé par le stagiaire, difficulté du MdS à reconnaître ses erreurs et réticence à faire connaître ses erreurs à l'extérieur de l'établissement, manque de confidentialité).

### *6.1.3. Cours sur la gestion du stress*

Le stress est un bon stimulant pour être efficace et efficient, mais trop de stress mène à l'erreur. C'est ce que Jones et al. ont constaté : *"l'introduction des cours de contrôle du stress dans les hôpitaux est suivie d'une baisse drastique des plaintes et des divers événements défavorables"*<sup>22</sup>.

Un bon moyen de gérer le risque d'erreur serait dès lors d'apprendre à gérer son stress. Parmi les exemples les plus fréquents, j'ai retenu l'idée d'apprendre à se détendre entre deux consultations (méditation de pleine conscience, exercice de respiration ou de stretching, etc.), faire une sieste de 20 minutes sur le temps de midi (un relax dans un coin du cabinet et un coussin, ou pourquoi pas sur la table d'examen, profitons d'avoir une table à disposition).

Et puis pour "les plus atteints d'entre nous", il existe des solutions comme la clinique du stress du CHU Brugmann à Bruxelles. Ils possèdent un centre spécialisé dans le diagnostic du stress pathologique qui offre un suivi individuel avec diverse formes de thérapie adaptées et propose des groupes afin d'apprendre diverses techniques anti-stress.

Il fleurit actuellement un nombre croissant de coachs personnels un peu partout en Belgique à même de pouvoir vous donner un coup de pouce dans la gestion du stress. Le coach pourrait avoir un regard extérieur et voir ce que vous ne voyez plus.

### *6.1.4. Introduction d'un cas d'erreur lors des séminaires locorégionaux*

Si l'on veut continuer à induire une culture non-punitif, non-jugeante et pédagogique, il faut commencer à la base, dès l'assistanat. Ainsi, comme c'est déjà le cas dans le séminaire de Louvain-la-Neuve depuis quelques années, je propose d'introduire de manière systématique, dans tous les séminaires, un temps de 10 minutes où les assistants pourraient partager leurs erreurs récentes sans peur d'être jugés, afin que les autres puissent en tirer des leçons. Cela permet de déculpabiliser les autres assistants qui ont peut-être fait exactement les mêmes erreurs mais sont trop honteux pour en parler.

### *6.1.5 Programme de déclaration volontaire anonyme*

La plus grande partie des assistants étaient d'accord de mettre en place un système de déclaration volontaire anonyme sur internet.

Il devrait être<sup>30</sup> court, clair, anonyme, aisément accessible, utilisant une structure semi-dirigée contenant le traitement médicamenteux, le diagnostic, le type de pratique et l'équipement disponible.

#### *6.1.6. Autres*

En Belgique, l'Ordre des médecins de Flandre orientale est à l'initiative d'un projet national appelé "Médecins en difficulté". Il permet aux médecins dans le besoin de faire appel (0800 23 460) à un confrère de confiance, indépendant de l'Ordre, tenu au secret, afin d'obtenir une aide structurelle. Il ne traite cependant que des difficultés psychologiques. Cette initiative est complétée par des programmes d'aide locaux dans les provinces de Liège, d'Anvers et de Bruxelles-Brabant wallon.

Il existe aussi l'a.s.b.l Doctors4Doctors dont le but est de fournir un soutien et un encadrement structurel, ainsi d'engager des actions préventives afin d'éviter les dysfonctionnements des praticiens.

Un peu plus loin, en France, il existe un numéro vert pour les soignants afin de pouvoir discuter de leurs erreurs (0826 004 580) ou de tout autre problème psychologique lié au travail. Cette ligne, créée par l'Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux (AAPML), permet d'entrer en contact avec un psychologue clinicien.

Liens d'intérêt : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec ce TFE.

## 7. Références

Voici les quatre TFE que j'ai consultés pour ce travail :

- Larrieu Maradan C. Perception par les médecins généralistes français des évènements indésirables associés aux soins en médecine générale : définition et typologie par la méthode des *focus groups* [thesis]. Paris : université Paris Descartes; 2015.
- Lamarche K. Suicide et tentatives de suicide chez les médecins [thesis]. Angers : université d'Angers; 2009.
- Venus E. L'erreur médicale : impact et gestion par les internes du département de médecine générale Paris Diderot [thesis]. Paris : université Paris Diderot; 2011.
- Finon M. Le médecin face à la justice : entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire [thesis]. Paris : université Paris Descartes; 2014.

## 8. Bibliographie

1. Larouzee J, Guarnieri F, Besnard D. Le modèle de l'erreur humaine de James Reason [research report]. Paris: université de recherche Paris Sciences et Lettres; 2014.
2. Institute of Medicine [Internet]. To err is human: building a safer health system; 1999 [cited 27 April 2016]. National Academy of Sciences. <https://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>
3. Haute autorité de santé [Internet]. La HAS se mobilise pour réduire les risques associés aux soins; 2015 [cited 27 April 2016]. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2035903/fr/securite-du-patient-la-has-se-mobilise-pour-reduire-les-risques-associes-aux-soins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2035903/fr/securite-du-patient-la-has-se-mobilise-pour-reduire-les-risques-associes-aux-soins)
4. Finon M. Le médecin face à la justice : entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire [thesis]. Paris : université Paris Descartes; 2014.
5. Galam E. L'erreur médicale. La revue du praticien - Médecine générale. 2003;626(17):1-5.
6. Radboudumc. Un médecin néerlandais sur trois ne signale pas l'erreur d'un confrère. Le journal du médecin. 16 février 2016.
7. Larrieu Maradan C. Perception par les médecins généralistes français des évènements indésirables associés aux soins en médecine générale : définition et typologie par la méthode des *focus groups* [thesis]. Paris : université Paris Descartes; 2015.

8. Cambon J, Guarnieri F. Maitriser les défaillances des organisations en santé et sécurité au travail : la méthode Tripod. Paris : Éd Tec et doc; 2008.
9. Occelli P; Haute autorité des soins. La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. Rapport. Paris : Haute autorité des soins; 2010 décembre.
10. Bolly B, Almaberti R [Internet]. Repères - quand alarm devient alarme; 6 avril 2016 [cited 27 April 2016]. Haute autorité de santé. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2620226/fr/reperes-quand-alarm-devient-alarme](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2620226/fr/reperes-quand-alarm-devient-alarme)
11. Gardette V [Internet]. Principes d'une démarche d'assurance qualité, évaluations des pratiques professionnelles; avril 2010 [cited 27 April 2016]. Université Toulouse III - Paul Sabatier. [http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/sous\\_module4/001\\_Principes\\_de\\_marche\\_0'assurance\\_qualite.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/sous_module4/001_Principes_de_marche_0'assurance_qualite.pdf)
12. Amalberti R, Bons-Letouzet C, Sicot C. La gestion des risques en médecine générale. Partie 2 : trois ans de sinistralité en médecine générale : le rôle clé "des compétences non techniques" et des "tempos" dans le contrôle du risque. Responsabilité; 2009.
13. Venus E. L'erreur médicale : impact et gestion par les internes du département de médecine générale Paris Diderot [thesis]. Paris : université Paris Diderot; 2011.
14. Boysen PG. Just culture: a foundation for balanced accountability and patient safety. The Ochsner Journal. 2013;13:400-6.
15. Pelaccia T. A quoi sert l'intuition pour prendre des décisions en MG ? [Conference]. 2016 Mar 19; Louvain-la-Neuve, Belgique.
16. Lamarche K. Suicide et tentatives de suicide chez les médecins [thesis]. Angers : université d'Angers; 2009.
17. Wrinckler M. La maladie de Sachs. Paris : P.O.L; 1999.
18. Laur A. Les médecins atteints du burn out : une revue de la littérature. Médecine. 2014;10(1):34-7.
19. Galam E. Burn out des médecins libéraux : 3<sup>e</sup> partie : des conséquences pour les médecins, mais aussi pour ses patients. Médecine. 2008;4(1):43-6.
20. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ. 2008;336:488-93.
21. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: systematic review and meta-analysis. JAMA. 2015;314(22):2373-83.

22. Galam E. L'erreur médicale, le burnout et le soignant : de la seconde victime au premier acteur. Paris : Springer; 2012.
23. West CP, Hushka MN, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. JAMA. 2006;296(9):1071-8.
24. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Family Practice. 2008;25(4):245-65.
25. Wu AW. Medical error: the second victim. BMJ. 2000;320(7237):726-7.
26. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ et al. The emotional impact of practical errors on practicing physicians in the United States and Canada. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2007;33(8):467-76.
27. Haute autorité des soins. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Guide méthodologique. Paris; 2009 novembre.
28. Heinrich HW. Industrial accident prevention : a scientific approach. New York : Mc Graw-Hill; 1931.
29. Haute autorité de santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville. Paris; 2011 mars.
30. Wilf-Miron R, Lewenhoff I, Benyamini Z, Aviram A. From Aviation to medicine: applying concepts of aviation safety to risk management in ambulatory care. Qual Saf Health Care. 2003;12:35-9.

## 9. Annexes

### 9.1 Questionnaire soumis aux jeunes assistants en médecine générale

#### **Questionnaire à l'attention des jeunes médecins de médecine générale francophone de Belgique**

**But du TFE :** Évaluation de la culture de la sécurité des soins aux patients chez le jeune médecin généraliste francophone belge.

**Définition de l'évènement indésirable (étude ESPRIT 2015)** : un évènement indésirable est un évènement ou une circonstance lié aux soins, qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau.

L'erreur, quant à elle, est un dysfonctionnement par rapport à une norme, censée être évitable. (Pr Éric Galam, travailler et dédramatiser nos erreurs, la revue du praticien- médecine générale - 2005)

#### **Questionnaire**

Age :

Sexe : F - M

Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine générale (y compris l'assistantat) ?

0-3 ans            4-5 ans            6-7 ans            > 7 ans

1. Êtes-vous familiarisé(e) avec la notion d'évènement indésirable ?

OUI, complètement - Relativement bien - Peu - NON, pas du tout.

2. Êtes-vous familiarisé(e) avec la notion de culture de la sécurité des soins au patient ?

OUI, complètement - Relativement bien - Peu - NON, pas du tout.

3. Avez-vous déjà été confronté(e) à une erreur médicale dans votre carrière ?

OUI - NON

==> si oui, à combien en estimez-vous le nombre depuis 1 an ?

==> de quand date votre dernière erreur médicale ?

< 3 mois - 6 mois - 1 an - 1,5 ans - 2 ans - > 2 ans - > 3 ans

Si vous estimez n'avoir jamais été confronté(e) à une erreur médicale, vous pouvez arrêter de compléter le questionnaire à partir d'ici.

4. Si vous avez répondu OUI à la question 3, quelles conséquences ces erreurs ont-elles eu sur votre pratique ?

- professionnelles

\* interrogatoire plus pointu OUI - NON

\* examen clinique volontiers plus complet OUI - NON

\* examen compl. plus vite prescrit OUI - NON

\* recours à l'avis d'un spécialiste plus rapide OUI - NON

\* conseils systématiques au patient OUI - NON

\* augmentation de l'évaluation de la balance bénéfice risque d'un traitement  
OUI - NON

\* amélioration de la formation, inscription à des formations complémentaires  
OUI - NON

- médico-légales

\* crainte augmentée du procès OUI - NON

- relationnelles

\* changement de la relation avec le patient de manière systématique  
OUI - NON

- autre :



5. Quelles conséquences ces erreurs médicales ont-elles eu sur vous ? Texte libre.

6. Combien de fois avez-vous été attaqué(e) en justice dans votre carrière à cause d'une erreur médicale ? 0 - 1 - 2 - >2 fois

7. Lors de votre dernière erreur, estimez-vous avoir bénéficié d'un soutien adapté de la part de votre maître de stage / vos collègues / vos pairs au moment des faits ?

Pas du tout adapté - pas assez adapté - plutôt bien adapté - tout à fait adapté

8. Pensez-vous qu'il soit humain de faire des erreurs en médecine ?

OUI, j'en fais tout les jours - peu - très exceptionnellement - NON, c'est inacceptable

9. Vous trouvez-vous assez formé(e) à l'annonce d'une erreur médicale à votre patient ? OUI,

tout à fait - relativement bien formé(e) - peu formé(e) - pas du tout formé(e)

10. Depuis votre dernière erreur, avez-vous mis en place dans votre pratique une analyse systématique des événements indésirables ?

OUI - oui quasi systématique - oui mais peu systématique - NON

Si oui, de quel type ?

11. Seriez-vous prêt(e) à déclarer anonymement les événements indésirables que vous avez repérés dans votre pratique afin de participer à l'amélioration de la sécurité des soins aux patients ?

OUI d'accord - à certaines conditions - plutôt contre - NON, pas du tout d'accord

Si vous avez coché "à certaines conditions", pourriez-vous les nommer ?

N'hésitez-pas à m'envoyer un mail afin de recevoir les résultats de cette étude :  
dr.bindels@gmail.com.

## 9.2 Réponses aux questions ouvertes :

Conséquence des	Remise en question personnelle et professionnelle	13
-----------------	---	----

EM sur vous	Perte de confiance en soi	10
	Référence au MdS plus fréquente, besoin d'être rassuré	9
	Révision de la littérature (recherche de <i>red flags</i> )	9
	Volonté d'apprendre de ses erreurs	5
	Perte de confiance en ses connaissances	5
	Angoisse généralisée	4
	Augmentation du temps de consultation	4
	Prudence	3
	Culpabilité	3
	Angoisse en consultation de passer à coté d'un diagnostic grave	3
	Méfiance	3
	Formation complémentaire	2
	Crainte	2
	Prise de conscience des responsabilités importantes liées au métier	2
	Référence à la littérature plus rapide	2
	Oser dire qu'on ne sait pas	2
	Augmentation du stress au travail	2
	Volonté de se perfectionner	2
	Malaise face au patient "lésé"	2
	Apprentissage sur soi-même	1
	Acceptation que l'erreur est humaine	1
	Besoin d'en discuter avec le patient après l'erreur	1
	Perte de confiance dans le MdS	1
	Augmentation de l'attention pour l'aspect médico-légal	1
Mise en place de type d'analyse	Revue des cas problématique avec le MdS	4
	Discussion en direct avec le MdS en cas de doute en consultation	3
	Revue systématique des dossiers avec le MdS	2
	Signe d'alerte systématiquement donné en fin de consultation	2
	Carnet d'erreur (quand pourquoi et ce qu'il aurait fallu faire)	1
	Gestion du temps (prendre le temps de ralentir quand c'est nécessaire)	1
	Abstraction de l'influence des autres collègues	1
	Référence au MdS ou spécialiste en cas de doute	1

	Création d'un réseau de spécialiste en cas de question	1
	Augmentation des fréquences des réunions MdS-assistant	1
Déclaration anonyme si	Anonymat	2
	Sans représailles	1
	Sans jugement	1
	Rémunération temporelle ou financière	1
	Rapide (moins de 30 min)	1
	Accès public mais restreint (accessible réduite à tous les médecins)	1

## METHODE ALARM – Modalités de mise en œuvre

Source : HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012 (fiche technique n° 23)

<b>1. Facteurs liés au patient</b>	
<i>Dans toutes les situations cliniques, l'état de santé du patient aura l'influence la plus directe sur la pratique et les résultats. D'autres facteurs comme la personnalité, le langage et toutes incapacités peuvent aussi être importants car ils peuvent influencer la communication avec l'équipe et augmenter la probabilité d'occurrence d'un événement. Ceci est renforcé auprès des populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers : les personnes âgées ; les patients porteurs de maladies chroniques ; les enfants et adolescents ; les personnes atteintes d'un handicap ; les personnes démunies ; les personnes détenues.</i>	
<b>1.1. Antécédents</b>	
Exemples	Antécédents médicaux ; Habitus
Question	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les antécédents médicaux du patient ont-ils influencé le cours de l'événement ?</li> </ul>
<b>1.2. Etat de santé (pathologies, comorbidités)</b>	
Exemples	Complexité, gravité. Personnes vulnérables (personnes âgées, enfants, personnes handicapées, etc.)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Est-ce que l'âge du patient, la gravité de son état ou la complexité de son cas ont pu contribuer à la survenue de cet événement ?</li> <li>Quel était le pronostic vital ou fonctionnel du patient au moment de l'acte ?</li> </ul>
<b>1.3. Traitements</b>	
Exemples	Risques connus associés aux traitements. Modalités particulières d'hospitalisation (détenus, hospitalisation sans consentement, etc.)
Question	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le patient présentait-il un risque connu ayant influencé l'événement (ex : un traitement particulier) ?</li> </ul>
<b>1.4. Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux</b>	
Exemples	Problèmes de compréhension, d'expression orale, barrière de la langue. Qualité de l'entourage, position familiale particulière, métier particulier. Personnes démunies, personnes détenues
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le patient avait-il des problèmes d'expression ? une communication difficile ?</li> <li>La langue parlée et comprise par le patient était-elle une difficulté lors de la prise en charge ?</li> <li>Des facteurs sociaux ont-ils participé à la survenue de l'événement ?</li> <li>Est-ce que le patient/son entourage était utile et coopératif ?</li> </ul>
<b>1.5. Relations conflictuelles</b>	
Exemples	Mauvaise qualité de la relation du patient envers les soignants et les soins. Influence négative liée à une hospitalisation antérieure, à l'histoire de la personne ou sa représentation du monde hospitalier. Comportements (agressivité, irrespect, méfiance, opposition, absence d'écoute ou indifférence aux soins)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelle était la relation du patient avec les soignants et les soins ?</li> <li>Quelle était l'implication du patient dans la prise en charge thérapeutique (indifférent, opposant, etc.) ?</li> </ul>
<b>2. Facteurs liés aux tâches à accomplir</b>	
<i>La définition ainsi que la planification adéquate sont des facteurs de sécurité des tâches à accomplir. Les protocoles et les procédures permettent de définir les tâches et les processus ainsi que les compétences nécessaires pour leur réalisation.</i>	
<b>2.1. Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)</b>	
Exemples	Absence, indisponibilité, inadaptation de protocoles auprès du personnel. Mauvaise qualité de l'information dans les protocoles. Méconnaissance, oubli de l'existence de protocoles, refus d'utilisation (Il peut s'agir de protocoles diagnostics, thérapeutiques, de soins, organisationnels, etc.)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existe-t-il des protocoles en rapport avec les actes ou le processus en cause dans l'événement ?</li> <li>Si les protocoles existent, sont-ils connus, disponibles et utilisés ? Les protocoles sont-ils toujours d'actualité ?</li> </ul>
<b>2.2. Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)</b>	
Exemples	Difficulté de réalisation ou non réalisation d'un examen (indisponibilité des secteurs médico-techniques). Difficulté d'accès ou indisponibilité des résultats d'examens. Délais de transmission des résultats inadaptés à l'état clinique du patient. Doutes sur la fiabilité ou la pertinence des résultats (transmission orale, incomplète ou de mauvaise qualité, défaut d'identification du patient). Désaccords ou doutes sur l'interprétation des résultats d'examens (défaut d'avis spécialisés, etc.)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les examens complémentaires ont-ils été réalisés et les résultats disponibles en temps utile ?</li> <li>Existe-il un accord (consensus) concernant l'interprétation des résultats d'examens ?</li> </ul>
<b>2.3. Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)</b>	
Exemples	Absence ou insuffisance d'utilisation de moyens techniques lors de la prise de décision : équipement spécifique, algorithme décisionnel, logiciel, recommandations, « reminders »
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les moyens nécessaires à une prise de décision existent-ils ?</li> <li>Sont-ils disponibles ?</li> <li>Ont-ils été utilisés ?</li> </ul>
<b>2.4. Définition des tâches</b>	

## METHODE ALARM – Modalités de mise en œuvre

Source : HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012 (fiche technique n° 23)

<b>1. Facteurs liés au patient</b>	
<i>Dans toutes les situations cliniques, l'état de santé du patient aura l'influence la plus directe sur la pratique et les résultats. D'autres facteurs comme la personnalité, le langage et toutes incapacités peuvent aussi être importants car ils peuvent influencer la communication avec l'équipe et augmenter la probabilité d'occurrence d'un événement. Ceci est renforcé auprès des populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers : les personnes âgées ; les patients porteurs de maladies chroniques ; les enfants et adolescents ; les personnes atteintes d'un handicap ; les personnes démunies ; les personnes détenues.</i>	
<b>1.1. Antécédents</b>	
Exemples	Antécédents médicaux ; Habitus
Question	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les antécédents médicaux du patient ont-ils influencé le cours de l'événement ?</li> </ul>
<b>1.2. Etat de santé (pathologies, comorbidités)</b>	
Exemples	Complexité, gravité. Personnes vulnérables (personnes âgées, enfants, personnes handicapées, etc.)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Est-ce que l'âge du patient, la gravité de son état ou la complexité de son cas ont pu contribuer à la survenue de cet événement ?</b></li> <li><b>Quel était le pronostic vital ou fonctionnel du patient au moment de l'acte ?</b></li> </ul>
<b>1.3. Traitements</b>	
Exemples	Risques connus associés aux traitements. Modalités particulières d'hospitalisation (détenus, hospitalisation sans consentement, etc.)
Question	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Le patient présentait-il un risque connu ayant influencé l'événement (ex : un traitement particulier) ?</b></li> </ul>
<b>1.4. Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux</b>	
Exemples	Problèmes de compréhension, d'expression orale, barrière de la langue. Qualité de l'entourage, position familiale particulière, métier particulier. Personnes démunies, personnes détenues
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Le patient avait-il des problèmes d'expression ? une communication difficile ?</b></li> <li><b>La langue parlée et comprise par le patient était-elle une difficulté lors de la prise en charge ?</b></li> <li><b>Des facteurs sociaux ont-ils participé à la survenue de l'événement ?</b></li> <li><b>Est-ce que le patient/son entourage était utile et coopératif ?</b></li> </ul>
<b>1.5. Relations conflictuelles</b>	
Exemples	Mauvaise qualité de la relation du patient envers les soignants et les soins. Influence négative liée à une hospitalisation antérieure, à l'histoire de la personne ou sa représentation du monde hospitalier. Comportements (agressivité, irrespect, méfiance, opposition, absence d'écoute ou indifférence aux soins)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Quelle était la relation du patient avec les soignants et les soins ?</b></li> <li><b>Quelle était l'implication du patient dans la prise en charge thérapeutique (indifférent, opposant, etc.) ?</b></li> </ul>
<b>2. Facteurs liés aux tâches à accomplir</b>	
<i>La définition ainsi que la planification adéquate sont des facteurs de sécurité des tâches à accomplir. Les protocoles et les procédures permettent de définir les tâches et les processus ainsi que les compétences nécessaires pour leur réalisation.</i>	
<b>2.1. Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)</b>	
Exemples	Absence, indisponibilité, inadaptation de protocoles auprès du personnel. Mauvaise qualité de l'information dans les protocoles. Méconnaissance, oubli de l'existence de protocoles, refus d'utilisation (Il peut s'agir de protocoles diagnostics, thérapeutiques, de soins, organisationnels, etc.)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Existe-t-il des protocoles en rapport avec les actes ou le processus en cause dans l'événement ?</b></li> <li><b>Si les protocoles existent, sont-ils connus, disponibles et utilisés ? Les protocoles sont-ils toujours d'actualité ?</b></li> </ul>
<b>2.2. Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)</b>	
Exemples	Difficulté de réalisation ou non réalisation d'un examen (indisponibilité des secteurs médico-techniques). Difficulté d'accès ou indisponibilité des résultats d'examens. Délais de transmission des résultats inadaptés à l'état clinique du patient. Doutes sur la fiabilité ou la pertinence des résultats (transmission orale, incomplète ou de mauvaise qualité, défaut d'identification du patient). Désaccords ou doutes sur l'interprétation des résultats d'examens (défaut d'avis spécialisés, etc.)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Les examens complémentaires ont-ils été réalisés et les résultats disponibles en temps utile ?</b></li> <li><b>Existe-il un accord (consensus) concernant l'interprétation des résultats d'examens ?</b></li> </ul>
<b>2.3. Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)</b>	
Exemples	Absence ou insuffisance d'utilisation de moyens techniques lors de la prise de décision : équipement spécifique, algorithme décisionnel, logiciel, recommandations, « reminders »
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Les moyens nécessaires à une prise de décision existent-ils ?</b></li> <li><b>Sont-ils disponibles ?</b></li> <li><b>Ont-ils été utilisés ?</b></li> </ul>
<b>2.4. Définition des tâches</b>	

## METHODE ALARM – Modalités de mise en œuvre

Source : HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012 (fiche technique n° 23)

<b>1. Facteurs liés au patient</b>	
<i>Dans toutes les situations cliniques, l'état de santé du patient aura l'influence la plus directe sur la pratique et les résultats. D'autres facteurs comme la personnalité, le langage et toutes incapacités peuvent aussi être importants car ils peuvent influencer la communication avec l'équipe et augmenter la probabilité d'occurrence d'un événement. Ceci est renforcé auprès des populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers : les personnes âgées ; les patients porteurs de maladies chroniques ; les enfants et adolescents ; les personnes atteintes d'un handicap ; les personnes démunies ; les personnes détenues.</i>	
<b>1.1. Antécédents</b>	
Exemples	Antécédents médicaux ; Habitus
Question	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les antécédents médicaux du patient ont-ils influencé le cours de l'événement ?</li> </ul>
<b>1.2. Etat de santé (pathologies, comorbidités)</b>	
Exemples	Complexité, gravité. Personnes vulnérables (personnes âgées, enfants, personnes handicapées, etc.)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Est-ce que l'âge du patient, la gravité de son état ou la complexité de son cas ont pu contribuer à la survenue de cet événement ?</b></li> <li><b>Quel était le pronostic vital ou fonctionnel du patient au moment de l'acte ?</b></li> </ul>
<b>1.3. Traitements</b>	
Exemples	Risques connus associés aux traitements. Modalités particulières d'hospitalisation (détenus, hospitalisation sans consentement, etc.)
Question	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Le patient présentait-il un risque connu ayant influencé l'événement (ex : un traitement particulier) ?</b></li> </ul>
<b>1.4. Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux</b>	
Exemples	Problèmes de compréhension, d'expression orale, barrière de la langue. Qualité de l'entourage, position familiale particulière, métier particulier. Personnes démunies, personnes détenues
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Le patient avait-il des problèmes d'expression ? une communication difficile ?</b></li> <li><b>La langue parlée et comprise par le patient était-elle une difficulté lors de la prise en charge ?</b></li> <li><b>Des facteurs sociaux ont-ils participé à la survenue de l'événement ?</b></li> <li><b>Est-ce que le patient/son entourage était utile et coopératif ?</b></li> </ul>
<b>1.5. Relations conflictuelles</b>	
Exemples	Mauvaise qualité de la relation du patient envers les soignants et les soins. Influence négative liée à une hospitalisation antérieure, à l'histoire de la personne ou sa représentation du monde hospitalier. Comportements (agressivité, irrespect, méfiance, opposition, absence d'écoute ou indifférence aux soins)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Quelle était la relation du patient avec les soignants et les soins ?</b></li> <li><b>Quelle était l'implication du patient dans la prise en charge thérapeutique (indifférent, opposant, etc.) ?</b></li> </ul>
<b>2. Facteurs liés aux tâches à accomplir</b>	
<i>La définition ainsi que la planification adéquate sont des facteurs de sécurité des tâches à accomplir. Les protocoles et les procédures permettent de définir les tâches et les processus ainsi que les compétences nécessaires pour leur réalisation.</i>	
<b>2.1. Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)</b>	
Exemples	Absence, indisponibilité, inadaptation de protocoles auprès du personnel. Mauvaise qualité de l'information dans les protocoles. Méconnaissance, oubli de l'existence de protocoles, refus d'utilisation (Il peut s'agir de protocoles diagnostics, thérapeutiques, de soins, organisationnels, etc.)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Existe-t-il des protocoles en rapport avec les actes ou le processus en cause dans l'événement ?</b></li> <li><b>Si les protocoles existent, sont-ils connus, disponibles et utilisés ? Les protocoles sont-ils toujours d'actualité ?</b></li> </ul>
<b>2.2. Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)</b>	
Exemples	Difficulté de réalisation ou non réalisation d'un examen (indisponibilité des secteurs médico-techniques). Difficulté d'accès ou indisponibilité des résultats d'examens. Délais de transmission des résultats inadaptés à l'état clinique du patient. Doutes sur la fiabilité ou la pertinence des résultats (transmission orale, incomplète ou de mauvaise qualité, défaut d'identification du patient). Désaccords ou doutes sur l'interprétation des résultats d'examens (défaut d'avis spécialisés, etc.)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Les examens complémentaires ont-ils été réalisés et les résultats disponibles en temps utile ?</b></li> <li><b>Existe-il un accord (consensus) concernant l'interprétation des résultats d'examens ?</b></li> </ul>
<b>2.3. Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)</b>	
Exemples	Absence ou insuffisance d'utilisation de moyens techniques lors de la prise de décision : équipement spécifique, algorithme décisionnel, logiciel, recommandations, « reminders »
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Les moyens nécessaires à une prise de décision existent-ils ?</b></li> <li><b>Sont-ils disponibles ?</b></li> <li><b>Ont-ils été utilisés ?</b></li> </ul>
<b>2.4. Définition des tâches</b>	

## METHODE ALARM – Modalités de mise en œuvre

Source : HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012 (fiche technique n° 23)

<b>1. Facteurs liés au patient</b>	
<i>Dans toutes les situations cliniques, l'état de santé du patient aura l'influence la plus directe sur la pratique et les résultats. D'autres facteurs comme la personnalité, le langage et toutes incapacités peuvent aussi être importants car ils peuvent influencer la communication avec l'équipe et augmenter la probabilité d'occurrence d'un événement. Ceci est renforcé auprès des populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers : les personnes âgées ; les patients porteurs de maladies chroniques ; les enfants et adolescents ; les personnes atteintes d'un handicap ; les personnes démunies ; les personnes détenues.</i>	
<b>1.1. Antécédents</b>	
Exemples	Antécédents médicaux ; Habitus
Question	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les antécédents médicaux du patient ont-ils influencé le cours de l'événement ?</li> </ul>
<b>1.2. Etat de santé (pathologies, comorbidités)</b>	
Exemples	Complexité, gravité. Personnes vulnérables (personnes âgées, enfants, personnes handicapées, etc.)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Est-ce que l'âge du patient, la gravité de son état ou la complexité de son cas ont pu contribuer à la survenue de cet événement ?</li> <li>Quel était le pronostic vital ou fonctionnel du patient au moment de l'acte ?</li> </ul>
<b>1.3. Traitements</b>	
Exemples	Risques connus associés aux traitements. Modalités particulières d'hospitalisation (détenus, hospitalisation sans consentement, etc.)
Question	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le patient présentait-il un risque connu ayant influencé l'événement (ex : un traitement particulier) ?</li> </ul>
<b>1.4. Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux</b>	
Exemples	Problèmes de compréhension, d'expression orale, barrière de la langue. Qualité de l'entourage, position familiale particulière, métier particulier. Personnes démunies, personnes détenues
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le patient avait-il des problèmes d'expression ? une communication difficile ?</li> <li>La langue parlée et comprise par le patient était-elle une difficulté lors de la prise en charge ?</li> <li>Des facteurs sociaux ont-ils participé à la survenue de l'événement ?</li> <li>Est-ce que le patient/son entourage était utile et coopératif ?</li> </ul>
<b>1.5. Relations conflictuelles</b>	
Exemples	Mauvaise qualité de la relation du patient envers les soignants et les soins. Influence négative liée à une hospitalisation antérieure, à l'histoire de la personne ou sa représentation du monde hospitalier. Comportements (agressivité, irrespect, méfiance, opposition, absence d'écoute ou indifférence aux soins)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelle était la relation du patient avec les soignants et les soins ?</li> <li>Quelle était l'implication du patient dans la prise en charge thérapeutique (indifférent, opposant, etc.) ?</li> </ul>
<b>2. Facteurs liés aux tâches à accomplir</b>	
<i>La définition ainsi que la planification adéquate sont des facteurs de sécurité des tâches à accomplir. Les protocoles et les procédures permettent de définir les tâches et les processus ainsi que les compétences nécessaires pour leur réalisation.</i>	
<b>2.1. Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)</b>	
Exemples	Absence, indisponibilité, inadaptation de protocoles auprès du personnel. Mauvaise qualité de l'information dans les protocoles. Méconnaissance, oubli de l'existence de protocoles, refus d'utilisation (Il peut s'agir de protocoles diagnostics, thérapeutiques, de soins, organisationnels, etc.)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existe-t-il des protocoles en rapport avec les actes ou le processus en cause dans l'événement ?</li> <li>Si les protocoles existent, sont-ils connus, disponibles et utilisés ? Les protocoles sont-ils toujours d'actualité ?</li> </ul>
<b>2.2. Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)</b>	
Exemples	Difficulté de réalisation ou non réalisation d'un examen (indisponibilité des secteurs médico-techniques). Difficulté d'accès ou indisponibilité des résultats d'examens. Délais de transmission des résultats inadaptés à l'état clinique du patient. Doutes sur la fiabilité ou la pertinence des résultats (transmission orale, incomplète ou de mauvaise qualité, défaut d'identification du patient). Désaccords ou doutes sur l'interprétation des résultats d'examens (défaut d'avis spécialisés, etc.)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les examens complémentaires ont-ils été réalisés et les résultats disponibles en temps utile ?</li> <li>Existe-il un accord (consensus) concernant l'interprétation des résultats d'examens ?</li> </ul>
<b>2.3. Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)</b>	
Exemples	Absence ou insuffisance d'utilisation de moyens techniques lors de la prise de décision : équipement spécifique, algorithme décisionnel, logiciel, recommandations, « reminders »
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les moyens nécessaires à une prise de décision existent-ils ?</li> <li>Sont-ils disponibles ?</li> <li>Ont-ils été utilisés ?</li> </ul>
<b>2.4. Définition des tâches</b>	



## METHODE ALARM – Modalités de mise en œuvre

Source : HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012 (fiche technique n° 23)

<b>1. Facteurs liés au patient</b>	
<i>Dans toutes les situations cliniques, l'état de santé du patient aura l'influence la plus directe sur la pratique et les résultats. D'autres facteurs comme la personnalité, le langage et toutes incapacités peuvent aussi être importants car ils peuvent influencer la communication avec l'équipe et augmenter la probabilité d'occurrence d'un événement. Ceci est renforcé auprès des populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers : les personnes âgées ; les patients porteurs de maladies chroniques ; les enfants et adolescents ; les personnes atteintes d'un handicap ; les personnes démunies ; les personnes détenues.</i>	
<b>1.1. Antécédents</b>	
Exemples	Antécédents médicaux ; Habitus
Question	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les antécédents médicaux du patient ont-ils influencé le cours de l'événement ?</li> </ul>
<b>1.2. Etat de santé (pathologies, comorbidités)</b>	
Exemples	Complexité, gravité. Personnes vulnérables (personnes âgées, enfants, personnes handicapées, etc.)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Est-ce que l'âge du patient, la gravité de son état ou la complexité de son cas ont pu contribuer à la survenue de cet événement ?</b></li> <li><b>Quel était le pronostic vital ou fonctionnel du patient au moment de l'acte ?</b></li> </ul>
<b>1.3. Traitements</b>	
Exemples	Risques connus associés aux traitements. Modalités particulières d'hospitalisation (détenus, hospitalisation sans consentement, etc.)
Question	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Le patient présentait-il un risque connu ayant influencé l'événement (ex : un traitement particulier) ?</b></li> </ul>
<b>1.4. Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux</b>	
Exemples	Problèmes de compréhension, d'expression orale, barrière de la langue. Qualité de l'entourage, position familiale particulière, métier particulier. Personnes démunies, personnes détenues
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Le patient avait-il des problèmes d'expression ? une communication difficile ?</b></li> <li><b>La langue parlée et comprise par le patient était-elle une difficulté lors de la prise en charge ?</b></li> <li><b>Des facteurs sociaux ont-ils participé à la survenue de l'événement ?</b></li> <li><b>Est-ce que le patient/son entourage était utile et coopératif ?</b></li> </ul>
<b>1.5. Relations conflictuelles</b>	
Exemples	Mauvaise qualité de la relation du patient envers les soignants et les soins. Influence négative liée à une hospitalisation antérieure, à l'histoire de la personne ou sa représentation du monde hospitalier. Comportements (agressivité, irrespect, méfiance, opposition, absence d'écoute ou indifférence aux soins)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Quelle était la relation du patient avec les soignants et les soins ?</b></li> <li><b>Quelle était l'implication du patient dans la prise en charge thérapeutique (indifférent, opposant, etc.) ?</b></li> </ul>
<b>2. Facteurs liés aux tâches à accomplir</b>	
<i>La définition ainsi que la planification adéquate sont des facteurs de sécurité des tâches à accomplir. Les protocoles et les procédures permettent de définir les tâches et les processus ainsi que les compétences nécessaires pour leur réalisation.</i>	
<b>2.1. Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)</b>	
Exemples	Absence, indisponibilité, inadaptation de protocoles auprès du personnel. Mauvaise qualité de l'information dans les protocoles. Méconnaissance, oubli de l'existence de protocoles, refus d'utilisation (Il peut s'agir de protocoles diagnostics, thérapeutiques, de soins, organisationnels, etc.)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Existe-t-il des protocoles en rapport avec les actes ou le processus en cause dans l'événement ?</b></li> <li><b>Si les protocoles existent, sont-ils connus, disponibles et utilisés ? Les protocoles sont-ils toujours d'actualité ?</b></li> </ul>
<b>2.2. Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)</b>	
Exemples	Difficulté de réalisation ou non réalisation d'un examen (indisponibilité des secteurs médico-techniques). Difficulté d'accès ou indisponibilité des résultats d'examens. Délais de transmission des résultats inadaptés à l'état clinique du patient. Doutes sur la fiabilité ou la pertinence des résultats (transmission orale, incomplète ou de mauvaise qualité, défaut d'identification du patient). Désaccords ou doutes sur l'interprétation des résultats d'examens (défaut d'avis spécialisés, etc.)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Les examens complémentaires ont-ils été réalisés et les résultats disponibles en temps utile ?</b></li> <li><b>Existe-il un accord (consensus) concernant l'interprétation des résultats d'examens ?</b></li> </ul>
<b>2.3. Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)</b>	
Exemples	Absence ou insuffisance d'utilisation de moyens techniques lors de la prise de décision : équipement spécifique, algorithme décisionnel, logiciel, recommandations, « reminders »
Questions	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Les moyens nécessaires à une prise de décision existent-ils ?</b></li> <li><b>Sont-ils disponibles ?</b></li> <li><b>Ont-ils été utilisés ?</b></li> </ul>
<b>2.4. Définition des tâches</b>	