

Sécurité des soins & information du patient

retour d'expérience et perspectives



Sommaire

Introduction Benoît Leclercq	3
Survenue d'un accident médical : une gestion en 4 étapes	4
1 - Gérer immédiatement l'accident	4
2 - Informer, communiquer avec le patient et ses proches	10
3 - Définir et diffuser les bonnes pratiques	18
4 - Capitaliser et progresser ensemble - Débat et synthèse	25
Perspectives Thomas Sannié Pr Pierre Coriat	28
Résultats de l'enquête de satisfaction	30

Le colloque était animé par Denis ASTAGNEAU, journaliste

Ouverture

Benoît Leclercq
Directeur général
de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Ma présence témoigne de l'importance que l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris accorde à cette question. La loi du 4 mars 2002 a en effet changé le regard de la société et des professionnels de santé sur les demandes légitimes des patients et de leurs familles.

Le droit fondamental à la protection de la santé s'inscrit dans la démarche d'une recherche d'une médecine de qualité. La confiance, qui s'établit grâce à une bonne communication, est la base de toute action à l'hôpital dans un contexte de sécurité des soins.

Les risques sont pourtant présents et, comme toute organisation, l'hôpital est vulnérable. Des dysfonctionnements surviennent malgré la qualité de nos équipes. Le tandem sécurité-qualité est étroitement lié. Si le risque zéro n'existe pas, notre politique doit viser à la mise en œuvre de démarches qualité. Pour rendre nos organisations plus fiables, nous devons réaliser des analyses collectives des événements indésirables et élaborer des plans d'actions concertés avec les usagers et les professionnels de santé. Au-delà, nous devons intégrer la communication auprès des patients au sein même de la gestion du risque.

**La qualité des
soins nécessite
une politique
institutionnelle de
vraie transparence
auprès des patients.**

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris souhaite désormais franchir un nouveau pas. La qualité des soins nécessite une politique institutionnelle de vraie transparence auprès des patients. En amont, grâce à la collaboration avec les associations, nous devons informer sur les risques à l'hôpital. Nous devons passer d'une pédagogie de la simplicité à une explication de la complexité. Le risque à l'hôpital ne peut en effet pas être analysé de manière simple. L'explication est cependant essentielle. Quand l'incident survient, nous devons travailler tous ensemble pour l'analyser, le corriger, et *in fine* mettre en place des politiques d'amélioration de la qualité. Tous les acteurs sont concernés. La déclaration d'un événement indésirable ne doit pas se traduire par une sanction. La transparence est toujours préférable.

Pour conclure, il faut que les équipes se sentent soutenues. La politique de gestion des événements indésirables doit être comprise comme une politique centrale de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Il est donc indispensable que notre institution s'engage dans cette voie. Je souhaite que ce colloque y contribue.

Survenue d'un accident médical : une gestion en 4 étapes

Analyse d'un cas concret avec un quiz

Le débat était modéré par le Pr Jean-Yves Fagon, directeur de la Politique médicale, et Jean-Marc Morin, directeur des Affaires juridiques et des droits du patient

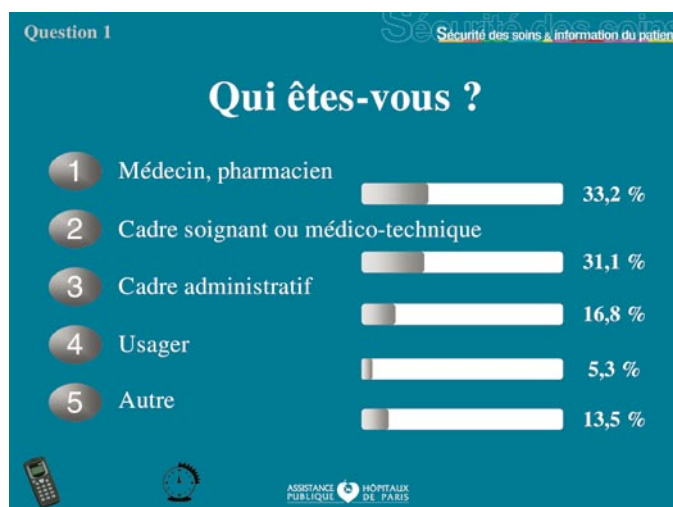
1 - Gérer immédiatement l'accident

Denis ASTAGNEAU

Je vous propose maintenant de participer à l'analyse d'un cas concret de gestion d'un accident médical. Vous répondrez à des questions, les résultats s'afficheront immédiatement à l'écran. J'aurai le plaisir d'accueillir à cette tribune différents experts qui nous feront part de leur éclairage.

La première question vise à vous connaître.

Réponses de l'assistance

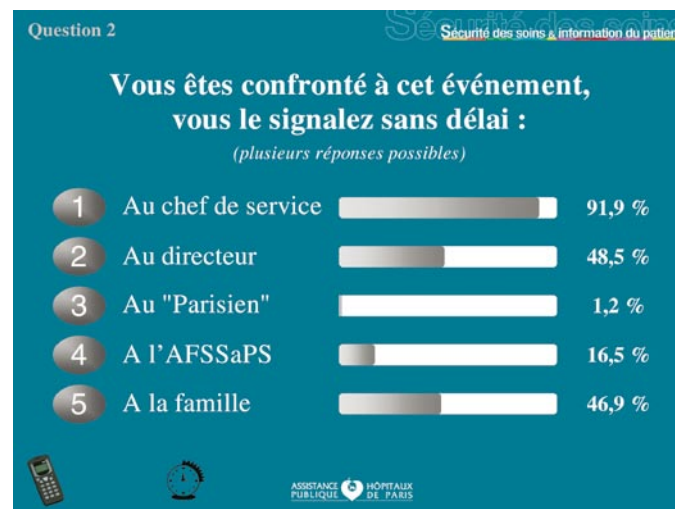


Je vous propose de rentrer dans le vif du sujet.

Un patient est décédé le 11 décembre dans un hôpital de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris à la suite d'un accident médical. Reprenons son histoire. Le 29 août, ce patient étranger de 47 ans, sans domicile fixe, est adressé par une clinique pour exploration de troubles digestifs et d'une tumeur abdominale. Le 26 septembre, l'intervention chirurgicale permet le diagnostic d'un lymphome non-hodgkinien à grandes cellules de type B, stade IV avec atteinte iléale. Le patient est pris en charge par l'équipe d'hématologie qui définit le protocole de chimiothérapie (par voie intraveineuse et intrathécale) qui

sera réalisé tous les 15 jours en hôpital de jour d'hématologie. Le 10 novembre, 1^{er} jour de la deuxième cure, la chimiothérapie est réalisée en hôpital de jour d'hématologie. La famille du malade ne pouvant plus l'héberger, le malade est transféré pour hospitalisation en médecine interne, en attente d'une place en maison de repos. Le 17 novembre, 1^{er} jour de la troisième cure, une place en maison de repos est disponible. Il est décidé de réaliser la chimiothérapie à 10 heures, avant le transfert du patient prévu à 15 heures. La chimiothérapie commencera en réalité à 12 heures 15. Les injections sont réalisées par les deux internes. A 12 heures 30, l'infirmière découvre l'erreur de seringue qui a conduit à injecter en intrathécal de la vindésine. Elle appelle la pharmacie qui lui confirme la gravité de l'erreur. Les médecins seniors appelés en urgence réalisent les premiers gestes et pratiquent une ponction lombaire évacuatrice et un lavage au sérum physiologique. Pour calmer les douleurs, le patient est endormi et intubé, avant d'être transféré en réanimation. A 14 heures 15, une dérivation du liquide céphalo-rachidien est posée par un neurochirurgien afin d'évacuer le produit restant.

Je vous propose de recueillir votre avis sur ce qu'il faut faire, maintenant que les premiers gestes ont été réalisés. A qui signale-t-on cet événement ?



Pr Jean-Yves Fagon, quelles sont les bonnes réponses ?

Pr Jean-Yves FAGON

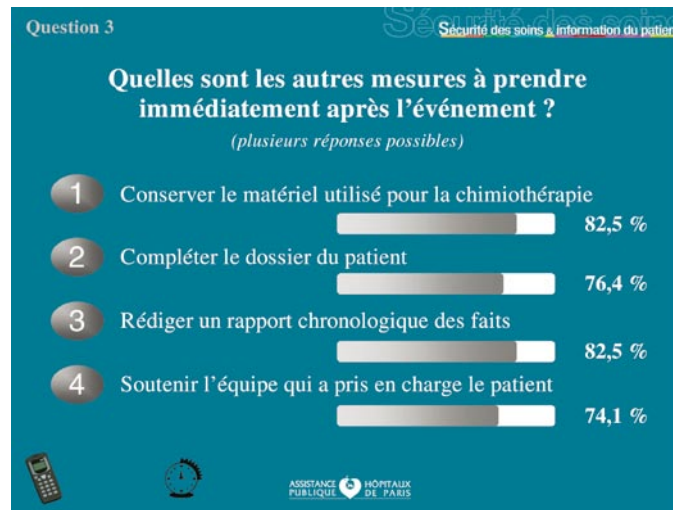
Il faut signaler l'événement au chef de service, au directeur, à l'AFSSaPS, et à la famille. Je reste malgré tout quelque peu surpris du faible taux de réponses en faveur d'un signalement à la famille.

Jean-Marc MORIN

91 % des répondants ont le réflexe médical. On peut comprendre que le directeur ne soit pas avisé immédiatement, le médecin restant au premier plan. S'agissant de la famille, le taux me paraît également faible.

Denis ASTAGNEAU

Nous passons à la deuxième question qui porte sur les autres mesures à prendre immédiatement après l'événement au-delà de la prise en charge clinique.



Pr Jean-Yves FAGON

Les quatre réponses sont pertinentes.

Denis ASTAGNEAU

Pour aller plus loin, je passe la parole au docteur Pierre Chopard, médecin-chef du service qualité des soins des Hôpitaux universitaires de Genève. Pouvez-vous nous expliquer le traitement des événements graves dans votre hôpital ?

Dr Pierre CHOPARD

Je me sens particulièrement concerné par le cas présenté car nous avons connu un cas similaire. Je souhaite vous présenter brièvement le système mis en place dans notre hôpital. Une directive nous oblige depuis 1999 à déclarer les faits graves à la direction. Parallèlement, des services ont mis en place des groupes incidents dans notre institution.

En 2004, la direction a pris une directive incidents-faits graves pour structurer ces deux démarches.

- S'agissant des incidents bénins sans préjudice pour les patients, la déclaration est volontaire. La confidentialité est garantie, et il n'y a pas de sanction prise. Ces incidents sont traités au sein des rapports d'activité à la commission qualité-sécurité.
- En matière d'incidents graves, la déclaration est obligatoire et nominative auprès du secrétariat général et des directions professionnelles concernées, puisque des responsabilités peuvent être engagées. L'analyse est alors nominative et systémique, pouvant aboutir à une proposition d'indemnisation, parfois aussi à une instance pénale ou civile.

Nous avons mis en place des formations, qui durent chacune trois jours, sur la gestion des incidents, et tous les internes participent à leur arrivée à une réunion

**La politique suivie
est d'étudier
la culture locale,
l'environnement
de l'acte et
son exécution
individuelle...**

d'une heure pour leur présenter les nouveaux concepts de sécurité et de déclaration des événements indésirables par voie informatique.

L'objectif est d'accompagner la mise en œuvre de cette démarche et de lutter contre le " modèle du héros solitaire " ou la " théorie des pommes pourries ", qui tendent à rechercher très vite un coupable idéal et de se couvrir collectivement par une sanction.

Au contraire, la politique suivie est, en s'inspirant du modèle de James Reason, d'étudier la culture locale, l'environnement de l'acte et son exécution individuelle, en vérifiant le nombre, la qualité et l'efficacité des barrières de défense. Tous ces éléments peuvent en effet être des facteurs contributifs d'un événement indésirable.

Le problème de l'attitude des cadres face aux erreurs, et leur tendance à sanctionner subsiste cependant. Des formations sont nécessaires pour supprimer ce " réflexe de sanction " et lui substituer une description collectivement admise des comportements acceptables et de ceux qui ne le sont pas ¹. C'est alors que l'on peut rechercher, comme le préconise le National Health System, la malveillance, l'incapacité (alcool, drogue, médicament, trouble psychiatrique...), la violation d'une règle, et pratiquer le test de substitution : une autre personne, de caractéristiques similaires (formation, expérience...) aurait-elle pu se conduire de la même façon ?

Nous essayons ainsi de mettre en place des nouvelles stratégies notamment en matière de prévention et de surveillance. Les cercles qualité et les conférences mortalité-morbidité sont à cet égard particulièrement intéressants.

Hervé LE-LOUET, médecin

Comment le test de substitution se déroule-t-il ?

Dr Pierre CHOPARD

Pour répondre à cette question, il n'y a pas de méthodologie précise, mais la commission se fonde sur le résultat de l'enquête et l'avis des analystes pour dire si le problème a plutôt résulté d'une défaillance de l'organisation ou de celle d'un individu.

De la salle

Quels sont les critères de définition d'un incident grave ?

Dr Pierre CHOPARD

Il n'y a pas de définition *a priori*. L'évènement est grave s'il a ainsi semblé l'être au déclarant. Nous effectuons parfois une reclassification qui peut être dans les deux sens.

De la salle

Dans le cas similaire que vous avez connu, le personnel était-il habilité à faire l'injection ?

¹ - James Reason : "...A collectively agreed and clearly understood distinction being drawn between acceptable and non acceptable behaviour"

Dr Pierre CHOPARD

Dans ce fait grave vécu, l'anesthésiste était aidé par un stagiaire médecin, les autres médecins étant absents. Il n'existait pas dans le service de protocole de chimiothérapie intrathécale et les voies d'administration n'étaient pas précisées par écrit de façon formelle. Or ce geste ne faisait pas partie de ceux réalisés régulièrement par l'anesthésiste. Et si ce dernier était particulièrement compétent sur la dimension technique du geste, il n'avait pas une bonne appréhension du risque global. Il n'y avait pas de protocole pour les chimiothérapies intrathécales. Nous avons donc revu l'ensemble du processus, renforcé les contrôles et établi une *check-list*.

Sandra FOURNIER, médecin

La notion de sanction n'est pas bien perçue dans notre culture. Je ne suis pas certaine qu'un tel système favorise les déclarations.

Dr Pierre CHOPARD

Notre système est bien perçu. Les sanctions sont en effet très rares. Sur 150 faits graves signalés par an en Suisse, les sanctions vont du simple avertissement jusqu'au blâme avec parfois une information au Procureur en cas de malveillance ou à la commission des activités médicales, équivalent de l'Ordre des médecins en France.

En réalité, les personnes sont plutôt soulagées d'être entendues. Par ailleurs, les entretiens sont désormais " protocolés ".

Jean-Bernard CAZALAA, médecin

Comment traitez-vous les " presque incidents " ?

Dr Pierre CHOPARD

Ils sont normalement traités par les groupes incidents en l'absence de préjudice. Parfois, ils peuvent être traités en faits graves en cas de conflit entre les services.

Benoît GENTIL, anesthésiste

Dans le cas d'un incident grave, quel est le niveau de confidentialité par rapport à la justice ?

Dr Pierre CHOPARD

Toute déclaration de fait grave doit être transmise à la direction et est enregistrée dans le dossier du patient. En revanche le dossier de notification et d'enquête n'est pas compris dans le dossier du patient et n'est donc pas communiqué à la justice lorsqu'elle réclame le dossier du patient. La justice nous a demandé une fois d'accéder aux dossiers de la commission des risques. La commission du secret médical a refusé et a estimé que la justice pouvait se limiter à l'audition des personnes.

De la salle

Comment conciliez-vous confidentialité et analyse des incidents ?

Dr Pierre CHOPARD

La confidentialité ne signifie pas l'anonymat, mais l'absence de transmission des identités aux supérieurs hiérarchiques. Il faut éviter que les personnes qui déclarent les incidents soient sanctionnées, sous peine de voir chuter le nombre de déclarations.

Denis ASTAGNEAU

Je propose à nos modérateurs de conclure cette première partie.

Pr Jean-Yves FAGON

Dans ces situations difficiles, le malade doit être pris en charge dans les meilleures conditions possibles. Je crois qu'il faut par ailleurs éviter de mentir à la famille et plutôt indiquer simplement qu'il s'est passé quelque chose de grave que l'on est pas en mesure d'expliquer complètement et sur laquelle on va enquêter pour apporter toutes les réponses dès que possible.

Jean-Marc MORIN

Je partage ce point de vue, la priorité est à donner à la prise en charge du patient et à la cohérence de l'équipe. Le danger est de désigner un " mouton noir ". Dans 90 % des cas, le conflit avec la famille part d'une mauvaise information, d'un mensonge ou d'une accusation souvent hâtive et inappropriée. Il ne faut pas installer de " grain de sable " dans la confiance avec la famille.

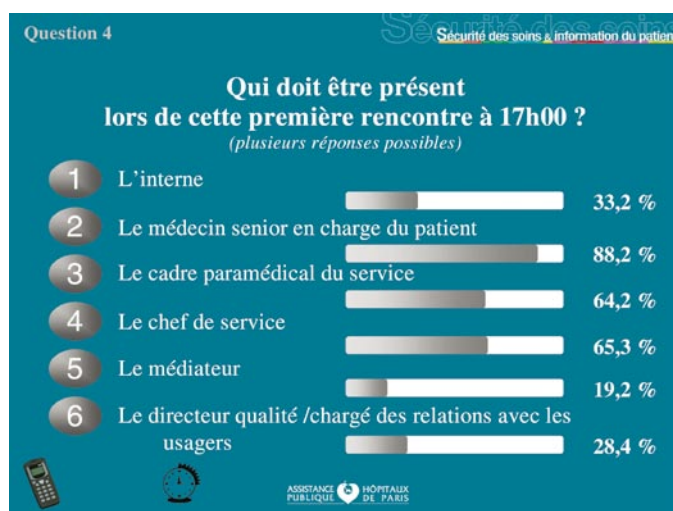


2 - Informer, communiquer avec le patient et ses proches

Denis ASTAGNEAU

Le jour de l'accident, la surveillante téléphone à la sœur du patient pour l'informer de l'aggravation de l'état de santé de son frère et pour organiser une première rencontre.

Je vous pose la troisième question portant sur les personnes devant être présentes lors de cette rencontre.



Pr Jean-Yves FAGON

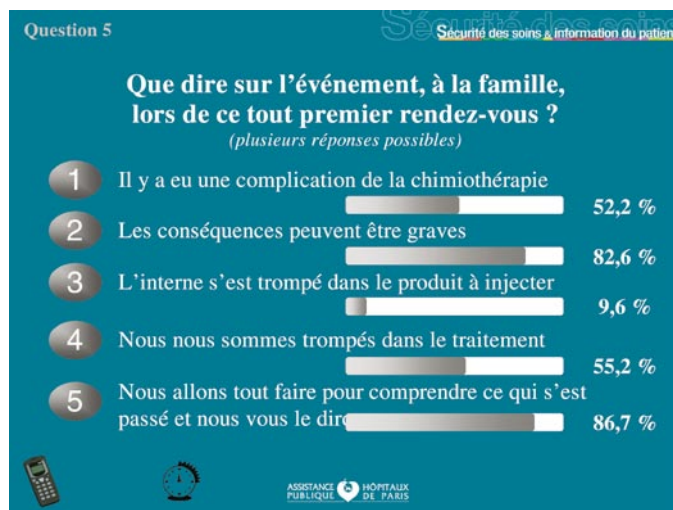
Il y a plusieurs réponses possibles, mais le plus important c'est que le contact se fasse en premier avec le médecin senior en charge du patient. Je crois surtout que cette première réunion doit être préparée à plusieurs afin de tenir un discours homogène. Il y a ce qui se dit lors de la réunion et ce que la famille peut entendre dans les couloirs ou la salle d'attente du service.

Jean-Marc MORIN

Il faut organiser la rencontre dans une salle spécifique et prendre le temps nécessaire. Le responsable de l'équipe doit être présent.

Denis ASTAGNEAU

La quatrième question porte sur le discours à tenir à la famille lors de ce premier rendez-vous.



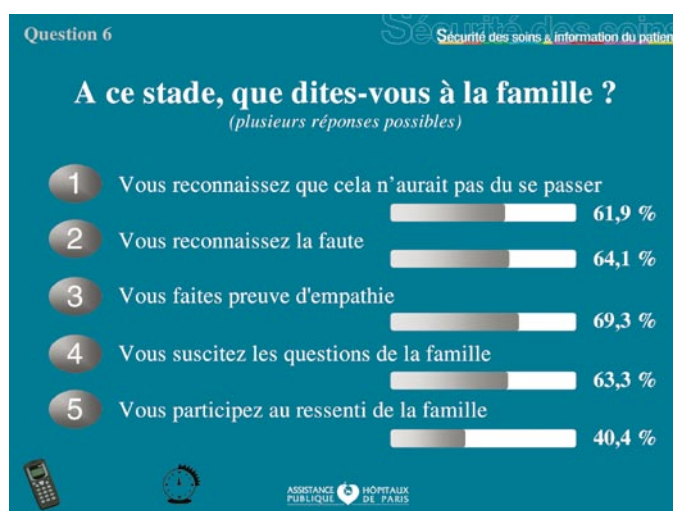
Jean-Marc MORIN

Les deux dernières réponses me paraissent quelque peu contradictoires. Je crois qu'il est nécessaire de prévenir la famille qu'un événement grave est survenu. Il est cependant trop tôt pour reconnaître une faute, d'autant plus que l'explication n'est pas encore possible. Il faut seulement dire que quelque chose ne s'est pas passé comme prévu et que tout sera tenté pour le compenser et corriger, puis de l'expliquer. Il importe en revanche de dire tout ce que l'on sait déjà sur les conséquences prévisibles et s'il y a des incertitudes, l'expliquer sans chercher à cacher.

Denis ASTAGNEAU

Le 18 novembre, le patient est en réanimation et est maintenu dans un coma thérapeutique. La première analyse collective de l'événement confirme l'erreur d'injection de produit et la gravité des conséquences. Un deuxième rendez-vous est organisé avec la famille. L'équipe décide de reconnaître l'erreur, d'exprimer ses regrets et d'informer la famille sur ses droits.

A ce stade, que faut-il dire à la famille ?



Pr Jean-Yves FAGON

Sur ce dernier point, je crois qu'il ne faut pas se mettre à la place de la famille. Chacun doit se tenir à sa place, ce qui ne dispense pas de compatir et de reconnaître que l'accident n'était pas prévu et n'aurait sans doute pas du se produire, mais il y a un vrai risque à tenter de changer de rôle.

Jean-Marc MORIN

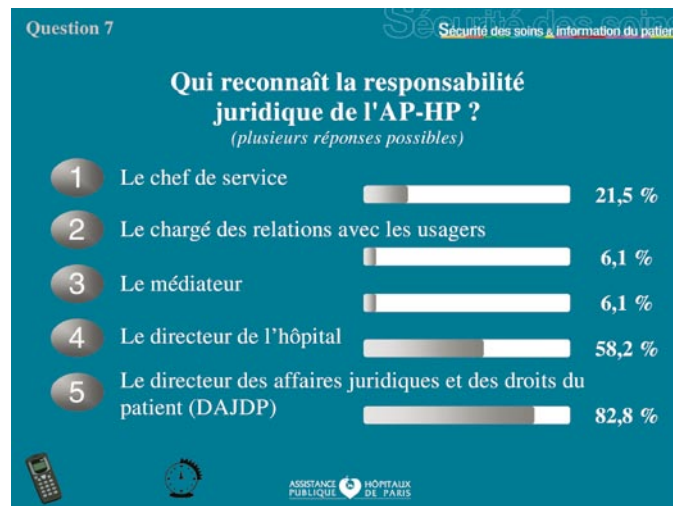
Concernant la reconnaissance de l'erreur, bien que l'erreur soit grave, nous ne savons pas encore l'expliquer. La réaction immédiate de la famille sera de demander qui en est le responsable. Or la notion de faute est lourde à entendre pour la famille et engage la vie professionnelle des membres de l'équipe médicale. L'information doit être transmise au fur et à mesure.

Par ailleurs, la famille ne reçoit pas toujours les explications données comme on l'aurait voulu, l'émotion pouvant être forte et les termes utilisés parfois peu pertinents. Il est donc important de vérifier en fin d'entretien ce qui a été compris et ce qui sera retenu en demandant à la famille de répéter ce qu'elle a compris. Si le message est mal passé, il importe alors de prendre le temps de recommencer les explications.

Denis ASTAGNEAU

Le patient décède le 11 décembre.

L'hôpital est-il responsable ? Qui reconnaît la responsabilité juridique de l'AP-HP ?



Pr Jean-Yves FAGON

Ces réponses traduisent un changement de politique et de mentalité important. Je crois que l'on peut saluer à cet égard le travail de Jean-Marc Morin.

Jean-Marc MORIN

Le directeur des Affaires juridiques et des droits du patient joue un rôle essentiel dans la reconnaissance de la responsabilité, puisque que lui seul est habilité à le

faire sur délégation du directeur général. Je vous rappelle que l'AP-HP est un unique établissement composé de 38 hôpitaux. L'engagement de la responsabilité doit se faire au niveau de l'établissement, il en découle un certain nombre de conséquences (indemnisation éventuelle, responsabilité civile, pénale, disciplinaire...). Par ailleurs, l'analyse des situations est partagée entre la DAJDP et la DPM.

Denis ASTAGNEAU

Jean-Marie Desmonts, médiateur suppléant à l'hôpital Bichat - Claude-Bernard, expert auprès des tribunaux, ancien chef de service de réanimation et ancien doyen, quels sont aujourd'hui votre rôle et vos missions ?

Le médiateur ne doit pas chercher à concilier : il doit écouter l'utilisateur et lui transmettre des informations claires et simples pour comprendre ce qu'il s'est passé.

Jean-Marie DESMONTS

J'ai un rôle d'interface entre les usagers et les équipes soignantes, voire la direction. Je reçois les usagers et essaye de les informer du mieux possible. Le médiateur ne doit pas chercher à concilier : il doit écouter l'utilisateur et lui transmettre des informations claires et simples pour comprendre ce qu'il s'est passé.

Denis ASTAGNEAU

Quelles sont les erreurs de communication commises vis-à-vis du malade et de ses proches ?

Jean-Marie DESMONTS

La première erreur est l'insuffisance voire l'absence d'informations. Des informations hétérogènes ou contradictoires entre les membres de l'équipe peuvent par ailleurs entraîner une certaine méfiance.

Denis ASTAGNEAU

Comment pouvez-vous aider vos collègues ?

Jean-Marie DESMONTS

J'essaie de les convaincre de la nécessité de communiquer de manière claire, sans masquer la vérité. Ce n'est pas toujours facile. Une certaine pédagogie est indispensable, tant auprès des seniors que des internes.

Denis ASTAGNEAU

Avez-vous géré un événement particulièrement dramatique ?

Jean-Marie DESMONTS

En tant qu'anesthésiste à l'hôpital Bichat - Claude-Bernard et Robert-Debré, j'ai dû gérer un certain nombre d'événements graves. Nous nous améliorons au fil du temps. S'agissant des accidents d'anesthésie, l'interprétation de l'équipe qui y a assisté est essentielle. Avant la rencontre avec la famille, il faut comprendre ce qu'il s'est passé. Si ceci s'avère impossible, il faut en rester aux faits, sans concevoir d'hypothèses.

Le médecin senior en charge du patient, le chirurgien et l'anesthésiste doivent voir la famille en même temps. Les personnes en cause doivent en outre assister à la première réunion afin de ne pas nourrir de sentiment de suspicion.

Jean-Marc MORIN

Nous avons géré un événement indésirable de circulation extracorporelle suite à un arrêt de machine avec Jean-Marie Desmonts. Nous avons réussi, grâce à une forte coordination, à accompagner la famille et à communiquer avec elle, en toute transparence. Ensuite, un fascicule de recommandations sur la circulation extra corporelle a été rédigé pour optimiser les informations données à l'entourage des patients.

Jean-Marie DESMONTS

A la suite d'une panne de pompe artérielle, le technicien est allé rechercher une pompe de réserve et a confié le maniement manuel de la pompe à une aide technicienne en apprentissage. Au cours de cette manœuvre, le patient a eu une embolie gazeuse qui a été à l'origine de son décès quelques jours plus tard. En tant que chef de service, j'ai réuni tous les acteurs afin de réaliser l'analyse des causes avant de rencontrer la famille. Le rapport d'incident établi a été validé par tous les intervenants. Il est essentiel que les acteurs sachent ce qui a été écrit par l'administration.

Denis ASTAGNEAU

Marie-Solange Julia, vous êtes présidente de l'AVIAM (Association des victimes des accidents médicaux) et représentante des usagers à la CRCI (Commission régionale de conciliation et d'indemnisation). Pouvez-vous témoigner des attentes des usagers et de leurs familles ?

Marie-Solange JULIA

Je débiterai mon propos par deux constatations. Tout patient n'est pas, par définition, au mieux de sa forme. Il est inquiet, fragilisé et soucieux de son état. Il place sa santé entre les mains du professionnel à qui il accorde toute sa confiance. Un contrat lie implicitement le patient et le professionnel de santé.

A la lumière de deux exemples, nous allons voir comment ce contrat de confiance a pu se transformer en conflit.

Dans le premier exemple, Madame E. se rend à l'hôpital pour accoucher de son deuxième enfant. Elle a une forte hémorragie. L'équipe médicale fait sortir le mari et lui demande de ne revenir que le lendemain. Aucune explication n'est donnée. En réalité l'équipe médicale a sauvé la vie de la mère en pratiquant une hystérectomie. Seulement rien n'a été dit, ni au mari le jour même, ni à Madame E. le lendemain et les jours suivants, ce qui a fait naître dans l'esprit de ce couple que l'équipe médicale leur cachait quelque chose. Madame E. a donc décidé d'engager une action devant la CRCI et ce n'est qu'au cours de l'expertise qu'elle a appris de la bouche du médecin expert ce qu'il s'était réellement passé. Le conflit s'est éteint avec la compréhension des événements.

**Une association
comme la nôtre
essaye de conseiller
aux familles
de rencontrer
le professionnel
de santé ou
le médiateur,
avant de diriger
les dossiers vers
une commission.**

Une bonne information et une écoute attentive permettent souvent de désamorcer le conflit.

Le deuxième exemple est beaucoup plus douloureux. Un enfant de 8 ans, trisomique 21, présente une forte fièvre un samedi soir. Le SAMU hospitalise l'enfant dans l'hôpital le plus proche de son domicile, et non dans celui où il est soigné habituellement. La mère s'inquiète alors des difficultés respiratoires de son enfant. Devant l'inaction des médecins, au bout de 7 heures, le père " crie ". Un médecin arrive et demande des analyses. Cependant, les résultats ne sont pas communiqués directement au service, l'équipe change, et l'état de l'enfant continue de se dégrader. Les parents désespérés alertent le personnel, mais il est déjà trop tard. L'enfant décède quelques heures plus tard. Les parents n'ont pas reçu d'explication, et restent persuadés que l'enfant aurait pu être sauvé.

Dans le premier cas, le couple demandait une simple information. Il a fallu une expertise. Dans le deuxième cas, les parents n'ont pas été écoutés. Pour accepter un événement indésirable, les familles demandent d'en comprendre la cause. Sans cette explication, naît un sentiment de culpabilité. Les dégâts sont alors considérables. Une association comme la nôtre essaye de conseiller aux familles de rencontrer le professionnel de santé ou le médiateur, avant de diriger les dossiers vers une commission. Je crois qu'il faut absolument prendre le temps. Les personnes ne sont en général pas à la recherche d'argent. Une bonne information et une écoute attentive permettent souvent de désamorcer le conflit.

De la salle

Concernant la recherche de la cause première d'un événement indésirable, il faut se rappeler la méthode d'analyse multifactorielle préconisée au Royaume-Uni par Charles Vincent, ALARM. Les causes sont souvent multiples.

Laëtitia DE GUERRE, représentante des usagers

Le langage du corps médical n'est pas le même que celui du patient qui souhaite une réponse claire et rapide, alors que les médecins se concertent. Par ailleurs, les équipes médicales ne savent pas toutes dialoguer. Nous pouvons peut-être regretter le manque de formation à cet égard. Enfin, les temps de réponses sont parfois très longs, notamment du fait du passage des dossiers à de multiples acteurs, notamment administratifs.

Pr Jean-Yves FAGON

Dans les cas présentés, il n'y a eu aucune communication. C'est le reproche essentiel formulé. Ensuite, il faut tenir un discours le plus proche possible de la vérité, sans anticiper pour autant sur celle-ci. Cette position d'attente ne doit pas être interprétée comme un refus de communiquer.

Jean-Marc MORIN

Les réclamations reçues témoignent parfois d'un problème de prise en charge globale et toujours d'un défaut de communication et d'écoute. Il faut vraiment éviter le " circulez, il n'y a rien à voir " mais aussi éviter d'anticiper sur la révélation de la vérité. La marge de progression à l'hôpital reste considérable.

**Il est mieux de dire
clairement
que l'on ne sait pas,
et de se limiter
à quelques faits,
plutôt que de donner
des informations
à tout prix.**

Marie-Solange JULIA

Très souvent, les familles ne comprennent pas le vocabulaire employé. Elles ont conscience de ne pas tout comprendre et de plus en plus elles préparent leurs questions à l'avance, avec l'intention d'exiger des réponses.

Une ancienne psychologue en service d'hématologie

Je tiens à souligner la nuance importante qui sépare l'erreur, la faute, la malveillance et sur le risque qu'il y a à assimiler trop vite les unes aux autres, risque d'autant plus réel que l'ambiance dans un service est tendue et qu'il existe des conflits préalables. A cet égard, le comportement du chef de service est essentiel. Il doit se sentir responsable et protéger les acteurs, d'autant plus que ce type de dysfonctionnements fait ressortir les conflits au sein des services. La faute doit, selon moi, être limitée aux cas de malveillance.

Pr Jean-Yves FAGON

La littérature nord-américaine montre que le taux d'incidents est significativement plus élevé en cas de conflits latents au sein des services.

Jean-Marie DESMONTS

Concernant la communication, le choix d'un vocabulaire compréhensible est important. Il est mieux de dire clairement que l'on ne sait pas, et de se limiter à quelques faits, plutôt que de donner des informations à tout prix. Ce langage est accepté par la plupart des familles.

Delphine MORLOT, gestionnaire des risques

En matière de consentement éclairé, y a-t-il toujours une information sur les bénéfices et les risques ?

Marie-Solange JULIA

Le consentement éclairé est en général signé, mais les familles ne l'ont pas toujours compris.

Un médecin de rééducation fonctionnelle

Nous sommes tous des communicants différents. Or les formations sont encore nettement insuffisantes. Un médecin référent pourrait être une solution intéressante à cet égard.

Jean-Marie DESMONTS

La formation doit être assurée par les seniors en faisant de l'information en présence des jeunes. En tant que doyen, j'ai pu malheureusement remarquer que les étudiants ne venaient pas aux cours consacrés à ces problématiques.

Sylvia LACOMBE, collectif interassociatif sur la santé

Il me semble que l'information du patient est aujourd'hui indispensable. Mais peut-on s'en satisfaire ? Comment articuler dialectiquement sécurité des soins et information du patient ? En quoi l'information du patient peut-elle permettre d'améliorer la sécurité des soins ?

Pr Jean-Yves FAGON

C'est l'objet des étapes 3 et 4 que nous allons évoquer.

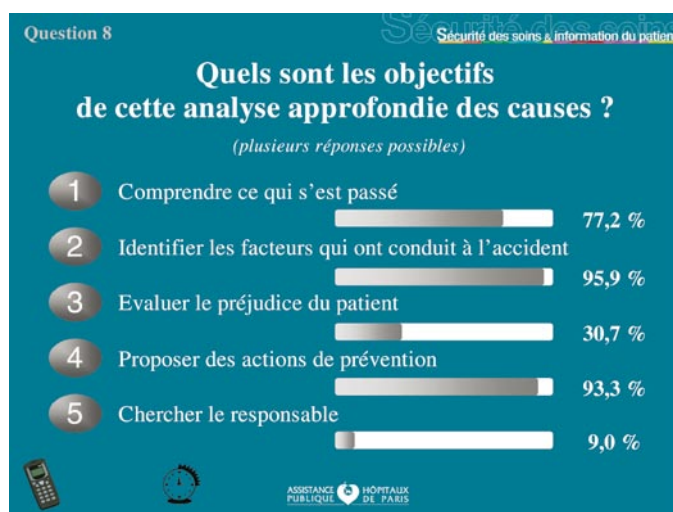


3 - Définir et diffuser les bonnes pratiques

Denis ASTAGNEAU

Au-delà des mesures immédiates prises, quelles autres mesures ont été prises pour que cet accident ne se reproduise pas ? La direction de la Politique médicale publie en février un article dans le journal interne Flash pour rappeler les recommandations internationales à ce sujet. Elle confie une mission d'analyse approfondie de l'accident au Pr Michel MARTY, oncologue. Parallèlement, un groupe expert de l'AFSSaPS diffuse des recommandations nationales qui figurent dans votre dossier participant.

A votre avis, quels sont les objectifs de cette analyse approfondie ?

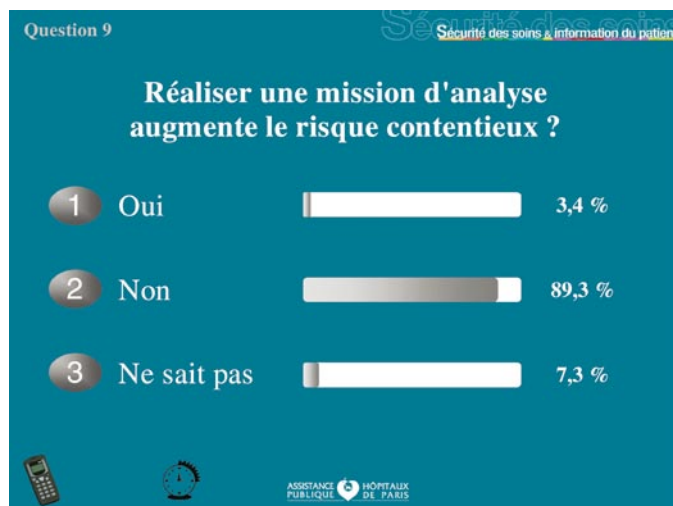


Pr Jean-Yves FAGON

Les deux premières réponses, tout comme la quatrième, font évidemment partie des objectifs de cette mission. Ce n'est en revanche pas le moment d'évaluer le préjudice ni de chercher le responsable.

Denis ASTAGNEAU

Réaliser une analyse approfondie des causes augmente-t-il le risque de contentieux ?



Jean-Marc MORIN

La réponse paraît évidente. Communiquer permet de désamorcer le conflit, l'objectif étant de conserver la confiance de la famille. Le risque pénal reste infime.

Denis ASTAGNEAU

La mission est composée d'une équipe multidisciplinaire composée de professionnels externes à l'hôpital mais internes à l'AP-HP. Elle s'entretient avec l'ensemble des personnes en charge du patient, et collecte les informations utiles sur la pratique des chimiothérapies. Elle établit la chronologie des faits pour tenter d'en comprendre les causes.

La mission établit les faits suivants : la prescription est réalisée sur le logiciel CHIMIO qui est une application informatique partagée. Le vendredi 14 novembre à 18 heures 55, le chef de clinique d'hématologie prescrit la chimiothérapie sur le logiciel CHIMIO. L'impression de l'ordonnance est impossible en raison d'une panne d'imprimante.

Le lundi 17 novembre à 8 heures 39, l'impression reste impossible. En outre, le logiciel n'est pas accessible depuis l'unité de médecine interne.

Le lundi, à 8 heures, l'UCPC prépare les produits. Après contrôle de l'ordonnance informatisée, elle conditionne la vindésine en seringue. A 9 heures 15, elle dépose les produits dans le casier sécurisé dédié à l'hôpital de jour d'hématologie. A 9 heures 30, l'infirmière de l'hôpital vient chercher les chimiothérapies de l'unité et contrôle la conformité produits/ordonnance. Vers 11 heures, le service de médecine interne réclame les produits à la pharmacie. La pharmacie réalise l'erreur d'acheminement. La préparatrice va rechercher les produits pour les amener en médecine interne. Il est 11 heures 45. A cette heure, l'infirmière et les deux internes préparent les deux plateaux de chimiothérapie. Il y a donc deux heures de retard par rapport au planning. La seringue marquée " vindésine-injection intraveineuse " est donnée par l'infirmière aux internes pour le plateau de chimiothérapie intrathécale. A 12 heures 15, la chimiothérapie intrathécale est réalisée par les deux internes qui, trop concentrés sur la réalisation de l'acte, oublient le contrôle ultime et injectent la vindésine en intrathécal.

Dr Marie-Laure PIBAROT, mission urgences risques sanitaires

La mission a recherché, au delà de l'absence de lecture des étiquettes, les erreurs latentes appelées aussi dans le modèle de gruyère Suisse de Reason, les facteurs contributifs. Ils sont détaillés dans votre dossier participant.

La mission a identifié tout d'abord les facteurs liés aux personnes et à l'équipe :

- début novembre, c'est l'arrivée des nouveaux internes et d'un nouveau chef de clinique en médecine interne
- le service ne pratique pas des chimiothérapies tous les jours
- enfin, le médecin senior étant en consultation, l'encadrement des juniors s'est avéré insuffisant.

D'autres facteurs sont liés aux tâches :

- les protocoles de chimiothérapie sont peu formalisés dans le service de médecine interne
- la collaboration et la communication entre les équipes d'hématologie, de médecine

La mission a recherché les erreurs latentes appelées aussi les facteurs contributifs.

et la pharmacie sont insuffisantes pour sécuriser la prise en charge, transmettre la connaissance sur la dangerosité des médicaments, les précautions à prendre...

- la prescription réalisée à 2 équipes – hématologie et médecine interne – et la préparation de la chimiothérapie réalisée à 3 conduisent à une dilution des tâches, chacun faisant confiance aux autres
- enfin, il n'y a pas d'organisation spécifique pour la préparation des chimiothérapies intrathécales, en particulier un conditionnement en poche de la vindésine, mesure qui rend impossible son injection en intrathécal.

La mission a aussi identifié des facteurs liés à l'environnement et à l'organisation :

- tout d'abord des dysfonctionnements informatiques qui vont être à l'origine de difficultés importantes
- une panne d'imprimante qui conduit à réaliser des soins avec l'ordonnance précédente
- une zone non contrôlée sur le logiciel CHIMIO qui conduit à une erreur d'orientation des produits et fait que la chimio ne peut pas être réalisée comme initialement prévu à 10 heures
- et un logiciel CHIMIO non accessible à l'unité de médecine interne et *de facto* peu ergonomique et donc non maîtrisé par les équipes qui ne l'utilisent pas tous les jours
- enfin la chimio a été réalisée dans un contexte d'urgence relative, en raison du délai d'acheminement des produits et du départ programmé du patient sans qu'il y ait eu de réévaluation du risque que cela engendrait.

Denis ASTAGNEAU

Les différents membres de cette mission d'analyse ne pouvant être présents aujourd'hui, je vous propose de regarder un film.

Un film comprenant les interviews des Pr Michel MARTY, hôpital Saint-Louis, Pr Roger LEVERGE, chef de service de la pharmacie à l'hôpital Lariboisière - Fernand-Widal, Dr Hervé LE LOUET, centre régional de pharmacovigilance, hôpital Henri-Mondor, Mireille MALBERNARD, cadre supérieur de santé à l'hôpital Necker-Enfants malades, et Dr Marie-Laure PIBAROT, mission urgences risques sanitaires, est projeté.

Suite à cet événement grave, pourquoi une mission d'analyse ?

Pr Roger LEVERGE

L'événement est grave, il est connu et s'est déjà produit en dehors de notre institution et méritait une information précise de l'ensemble des acteurs et des pharmaciens des hôpitaux de l'AP-HP. Nous avons réalisé une enquête au sein du service et avec la collégiale. A cette occasion, nous avons pu reprendre les données conseillées par l'AFSSaPS c'est-à-dire modifier ou adapter le conditionnement des chimiothérapies intrathécales, tout en soulignant la dangerosité des médicaments anticancéreux de ce type : les vinca-alcaloïdes et la complexité de l'administration intrathécale.

Mireille MALBERNARD

Il faut afficher l'objectif que tout dysfonctionnement sera analysé. Un signalement sera fait. Nous sommes dans le domaine de l'analyse et pas dans celui de la sanction.

Pr Roger LEVERGE

Tout fait grave indésirable est traumatisant pour une équipe. Des pairs doivent donc conduire l'analyse des faits. Il faut également enlever cette notion complexe, notamment dans les pays latins, de faute.

Il faut convaincre les personnes que nous interrogeons que nous ne sommes pas là pour les accuser d'un dysfonctionnement ou d'une faute mais tout simplement pour éviter qu'une erreur ne se reproduise. C'est une vraie difficulté car on a en face de soi des gens très mal à l'aise et je dirais très malheureux.

Pr Michel MARTY

Notre mission n'a pas été un tribunal, mais bien une mission d'analyse et elle a fonctionné comme ça : sans jugement qualitatif. Elle a cherché à analyser les faits et à en tirer les éléments généralisables.

Quand une équipe est confrontée à un accident, qui reconnaît plusieurs causes nous le verrons, elle est trop dedans pour l'analyser même si en l'occurrence, l'équipe a réagi vite. Il vaut mieux des personnes extérieures qui, par ailleurs, ont l'ensemble des compétences sollicitées pour la réalisation de l'acte.

Pr Roger LEVERGE

L'exercice hospitalier n'est pas un exercice solitaire. C'est une activité intégrée et coordonnée. On ne peut pas imaginer qu'un médecin seul, une infirmière seule, un pharmacien seul puisse soigner un patient. Il va de soit que c'est la somme des compétences, à condition qu'elles soient parfaitement coopérantes et coordonnées, qui permettent d'obtenir le résultat. Logiquement, une telle analyse ne peut-être que pluridisciplinaire.

Votre regard sur les causes de cet accident

Pr Roger LEVERGE

Je suis convaincu que la somme de petits dysfonctionnements sans intérêt pour les acteurs conduit à un effet indésirable grave si les dysfonctionnements malheureusement s'additionnent dans des conditions souvent imprévues.

Pr Michel MARTY

Aucun accident médical ne reconnaît qu'une seule cause et un seul " acteur ". C'est souvent une chaîne d'événements.

Les préoccupations d'activités, de fonctionnement en flux ou de libération de lits, ont eu, à un moment donné, une importance au moins égale aux préoccupations de bonne réalisation des actes médicaux.

Mireille MALBERNARD

Si on s'était cantonné à faire une gestion classique de cette erreur, on n'aurait pas pu pointer l'ensemble des dysfonctionnements.

Dr Hervé LE LOUET

Je retiens en termes d'analyse des causes que la théorie du " gruyère suisse ", c'est-à-dire le modèle de James Reason était tout à fait réelle. Tous les systèmes de défense sur lesquels on s'appuie habituellement ont ici " lâché ".

Quels enseignements ?

Pr Michel MARTY

Le premier, c'est évidemment l'adaptation de la chaîne prescription/ préparation/ délivrance/ réalisation/ retour des produits conditionnés.

Le deuxième : si on met des outils de pilotage informatisés (comme le logiciel CHIMIO), ils doivent être disponibles et les utilisateurs doivent être formés à s'en servir.

Le troisième : un certain nombre de chimiothérapies en fonction de leur voie d'administration, de la toxicité propre des produits et de la dangerosité de l'acte doit être réalisé par des unités qui en ont l'expérience de façon à ce que tous les participants médicaux et paramédicaux en aient l'expérience. Cette condition permet une substitution si par hasard, il y a un déficit à un moment donné.

Pr Roger LEVERGE

Nous devons concevoir un outil adapté aux pratiques de chacun et former l'ensemble des acteurs en arrivant à les convaincre que cette formation est une nécessité pour leur exercice quotidien.

Pr Michel MARTY

Quelle que soit la position nationale, il appartient à une institution comme la nôtre de définir, les chimiothérapies, qui ont des spécificités particulières et doivent être réalisées par des unités particulières.

Denis ASTAGNEAU

Pr René Amalberti, médecin et expert en sécurité en matière d'aviation, sécurité routière et santé, conseiller auprès de la Haute autorité de santé, quelle est votre réaction après avoir écouté ce cas et ces interviews filmées ?

Pr René AMALBERTI

Il existe une dichotomie entre premièrement, la réaction naturelle après un tel événement grave, réaction classique du " jamais plus " qui impose de comprendre et de prévenir les récurrences de faits du même type, et deuxièmement, la généralisation d'une approche de sécurité. Celle-ci impose de travailler sur des " quasi-accidents ", pour apprendre à prévenir en amont des drames au lieu de se contenter de faire des

rustines après les accrocs. Un système ne devient réellement sûr que lorsque tous les acteurs appliquent " en routine " ce type de méthodes, et non pas par la seule analyse rétrospective approfondie de situations exceptionnelles. Il faut évidemment éviter de se limiter à punir le lampiste, ce qui ne fait jamais progresser la sécurité et agir sur un seul facteur ne règle jamais les problèmes. Il faut étudier tous les facteurs qui se sont combinés, et ne pas chercher **une** cause. Tout cela doit être expliqué à la famille et enseigné dans l'hôpital pour diffuser un savoir et une culture de la sécurité, qui seuls serviront à prévenir ailleurs d'autres accidents.

Denis ASTAGNEAU

Pourquoi et à quel moment mettre en place des missions d'analyse approfondie ?

Pr René AMALBERTI

Les analyses approfondies sont la clé de voûte du système. En leur absence, la tentation de désigner un seul responsable est grande. Or le système est complexe. Il ne faut pas croire qu'agir sur un seul facteur résoudra le problème, mais tenter de comprendre la série de facteurs.

Un drame devrait systématiquement être suivi d'une analyse approfondie. Cependant, il faudrait également travailler sur des événements moins dramatiques.

Denis ASTAGNEAU

Quels enseignements tirer de l'expérience du secteur de l'aviation civile ?

Tout drame doit déclencher une analyse approfondie, mais on doit aussi savoir ne pas attendre le drame pour enquêter, en particulier lorsque l'accident a *in fine* été évité.

Pr René AMALBERTI

Tout drame doit déclencher une analyse approfondie, mais on doit aussi savoir ne pas attendre le drame pour enquêter, en particulier lorsque l'accident a *in fine* été évité. La détection des causes profondes des événements porteurs de risque est indispensable. Ce double travail est indispensable pour améliorer la sécurité des systèmes complexes et/ou critiques comme ceux de la santé ou de l'aviation civile. L'analyse montre que la sécurité est la combinaison d'un modèle de prévention et de barrières de récupération et d'atténuation des problèmes qui sont malgré tout survenus : les erreurs sont d'une certaine façon inévitables, et il faut plutôt organiser la défense sur la base du " modèle du samedi soir " plutôt que sur celui de la " logique du mardi matin ". Si le système est robuste le samedi soir, toute la semaine sera sûre. Autrement dit, il ne faut pas se focaliser sur la situation théorique optimale, comme on tend trop souvent à le faire, mais au contraire vérifier que la situation la moins bonne théoriquement possible reste acceptable. Le modèle de réflexion doit donc être basique, stable et robuste et le système doit être organisé pour pouvoir faire face à des situations complexes. La réalité est toujours complexe et il ne faut pas espérer que l'on va tout remettre d'aplomb par des solutions miraculeuses ; cependant on peut progresser en étant pragmatique, dans un système complexe.

Delphine MORLOT, gestionnaire des risques

Comment faciliter le partage des bonnes pratiques ?

Pr René AMALBERTI

Le monde médical n'est pas aussi structuré en la matière que l'aviation ou le nucléaire, mais les choses sont en voie d'amélioration, notamment comme on vient de le voir à l'AP-HP. La santé souffre principalement de son morcellement qui ne permet pas facilement la mutualisation des connaissances en terme de sécurité. Cependant, l'accréditation ou le signalement des événements porteurs de risque prévu par la V3 de la certification des établissements contribuera à diffuser la réflexion sur la généralisation des résultats. Tout ceci est un long chemin que nous avons commencé à parcourir peu à peu.

Pr Jean-Yves FAGON

Certaines barrières sont-elles plus importantes que d'autres ?

Pr René AMALBERTI

Diminuer le nombre de barrières en ne conservant que les plus importantes me paraît primordial.



4 - Capitaliser et progresser ensemble - Débat et synthèse

Denis ASTAGNEAU

La mission d'analyse a retenu trois actions :

- *mettre en œuvre et appliquer les recommandations nationales de l'AFSSaPS : conditionnement en poche de la vindésine, organisation spécifique pour les chimiothérapies intrathécales, double lecture avant l'administration ;*
- *engager une réflexion sur l'identification des chimiothérapies à risque et leur sécurisation ;*
- *maîtriser les dysfonctionnements liés à l'informatique observés notamment avec le logiciel CHIMIO.*

Pr Jean-Yves FAGON, avec qui faut-il partager ces résultats ?

PR JEAN-YVES FAGON

Il est très important de partager ces résultats avec les équipes en charge du patient, l'entourage et la famille. Ces informations doivent sans doute être diffusées à l'hôpital, à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et probablement au-delà. La complexité des situations étant gérée par des individus, il faut rendre les démarches plus rigoureuses, tout en laissant des marges de manœuvre. Enfin, il faut former les acteurs non seulement à la communication, mais également à ce type d'analyse.

Denis ASTAGNEAU

Pr René Amalberti, comment partager les enseignements entre divers hôpitaux ?

Pr René AMALBERTI

Le système est cloisonné. Un journal des accidents médicaux devrait circuler à l'image des journaux de sécurité des vols du secteur de l'aviation. En outre, les gestionnaires de risques ont à assumer un rôle de généralisation et d' " absorption " anonyme, pour *in fine* redescendre l'information au sein de leur établissement.

Denis ASTAGNEAU

Comment la HAS se positionne-t-elle par rapport à l'analyse approfondie ? Quelle est sa politique ?

Pr René AMALBERTI

La HAS est doublement impliquée dans ce travail.

- Avec l'évaluation des pratiques professionnelles, il est demandé aux praticiens de recenser et enquêter sur les presque-accidents, puis de mettre en place des actions correctrices et enfin de les évaluer.
- Par ailleurs, cette analyse est déjà recommandée dans le cadre de la V2 de la certification des établissements de santé et cette exigence sera fortement renforcée dans la V3 de 2010.

Cette culture de la prévention doit être présente au quotidien, et pas seulement après les drames. Ce n'est pas le nombre d'enquêtes qui compte le plus, mais bien leur qualité et leur caractère approfondi. A Boston, au Brigham & Women Hospital, l'équipe d'enquête, composée de trois personnes à temps plein, diligente seulement quatre enquêtes complètes chaque mois, mais les fait en profondeur en prenant le temps nécessaire.

Denis ASTAGNEAU

Jean-Marie Desmots, quels enseignements avez-vous tiré de l'accident que vous nous avez décrit ?

Jean-Marie DESMONTS

Nous avons réalisé une analyse approfondie. Un certain nombre de réponses à cette panne était inapproprié. Nous avons modifié les recommandations et diffusé un fascicule à destination des centres de chirurgie cardiaque. Nous avons tenu au courant la famille de ces initiatives.

Jean-Marc MORIN

Dans le retour d'expérience, il est important d'évoquer les actions d'améliorations mises en place avec la famille. En effet, celle-ci souhaite que cet événement ne se reproduise pas. Le patient doit bénéficier du retour d'expérience.

Benoît GENTIL, anesthésiste

Il faut davantage d'attention et de communication. Néanmoins, se pose rapidement un problème de personnel.

Jean-Marc MORIN

Je pense qu'il est beaucoup plus chronophage de mal communiquer que le contraire.

Un médiateur

Le médiateur joue un rôle central au sein de la commission mise en place. Il a notamment le devoir d'entretenir les meilleures relations possibles avec ses collègues, et de mettre à jour certains dysfonctionnements pour qu'ils soient diffusés à l'ensemble de l'hôpital.

Jean-Marc MORIN

Nous sommes en train de finaliser un guide du médiateur. Je crois que son rôle doit se développer au sein de la communauté médicale.

Corinne BENABDALLAH, personnel administratif

Si la famille n'a pas la possibilité d'interpeler l'hôpital, ce dernier adoptera-t-il un positionnement identique ?

Jean-Marc MORIN

Dans l'exemple pris, le patient est une personne étrangère sans domicile fixe. Les accidents sont analysés uniquement en fonction du problème posé par l'événement indésirable et non en fonction de la qualité de la personne.

Bernard MAMALET, gestionnaire des risques

Ne pensez-vous pas que nous puissions nous inspirer du réseau CTIN, qui existe pour les infections nosocomiales ?

Pr Jean-Yves FAGON

Au sein de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, nous avons la faculté de mettre en place des réseaux pour échanger. Les événements les plus révélateurs devront être sélectionnés, ce qui nécessitera des ressources significatives. Nous devons désormais faire vivre ces réseaux.



**Informier suppose
d'associer le plus
possible le patient et
sa famille
à la décision du soin
en amont.**

**Il faut utiliser
la certification
comme outil
de travail,
et solliciter
la commission
des relations
avec les usagers.**

Thomas SANNIÉ

Représentant des usagers au Conseil d'administration de l'AP-HP

Je suis vice-président de l'Association française des hémophiles qui a entretenu, par le passé, une relation très conflictuelle avec les professionnels de santé.

J'ai noté l'engagement fort de l'AP-HP et des professionnels de santé en matière de sécurité des soins, de transparence et de communication. Informer suppose d'associer le plus possible le patient et sa famille à la décision du soin en amont. Il faut travailler les représentations réciproques des professionnels de santé (il faut entendre les patients, ce qui suppose une remise en cause du pouvoir médical), mais également des patients (il faut oser vis-à-vis des médecins). Notre association travaille sur l'éducation thérapeutique du patient. Je crois que le modèle des maladies chroniques pourrait à cet égard être particulièrement intéressant.

J'ai relevé d'autres engagements en matière de formation et de communication. Une information donnée en temps utile peut en effet améliorer la compréhension de la famille.

Cependant, il s'agit d'analyser l'incident afin qu'il ne se répète pas grâce à un travail sur l'organisation et les hommes en collaboration avec les associations, dans un objectif d'efficacité de l'hôpital. Il faut utiliser la certification comme outil de travail, et solliciter la commission des relations avec les usagers. Je prendrai un exemple. Aujourd'hui, l'Association irlandaise des hémophiles fait partie des commissions d'appels d'offres des produits mis sur le marché irlandais. Les savoir-faire sont nombreux. Il faut oser nous engager dans cette voie et mettre en place un travail collaboratif, notamment par pôle.

Denis ASTAGNEAU

Comment la CME et la Commission qualité et sécurité des soins peuvent-elles relayer ces messages et participer au suivi ?

Pr Pierre CORIAT, président de la CME

L'observation montre que ce qui apparaît à première vue comme une erreur individuelle est en fait une erreur système. La judiciarisation n'est à cet égard pas une solution. Elle ne permettra d'ailleurs pas d'éviter une nouvelle erreur.

S'agissant des causes de l'erreur, le Pr Roger Leverage a relevé des " dysfonctionnements sans intérêt pour les acteurs ". C'est l'identification des événements porteurs de risques qui permettra d'avancer. C'est un véritable travail didactique et approfondi, car les causes sont multifactorielles. Il ne faut pas s'arrêter à l'erreur individuelle, sous peine de ne pas faire progresser la prévention. Nous devons faire un découpage des activités en plusieurs temps afin d'identifier les risques.

La CME revendique son rôle de gestionnaire du risque et mène des actions pour améliorer la prévention et la gestion des risques par l'intermédiaire de sa commission qualité et sécurité des soins

La CME revendique son rôle de gestionnaire du risque et mène des actions pour améliorer la prévention et la gestion des risques par l'intermédiaire de sa commission qualité et sécurité des soins présidée par Gwenaëlle Vidal-Trécan dont je salue le travail. La CME entreprend une démarche didactique et innovante. Elle a fait le pari de l'efficience à laquelle la qualité et la sécurité des soins participent.

En nous basant sur les recommandations de l'ANAES, les revues de morbi-mortalité, le suivi d'événements indésirables et les événements porteurs de risques, nous allons mettre en place une grande banque de données qui permettra en particulier de recenser l'ensemble des événements porteurs de risques et de les classer par grande thématique. Cette démarche nous permettra de mobiliser l'institution pour la déclaration de ces événements. Par notre connaissance du nombre prévisible d'événements porteurs de risques service par service, nous pourrons ainsi comparer les chiffres. Notre objectif est didactique et vise à observer les évolutions. Les nouvelles pratiques médicales étant à l'origine de nouveaux événements porteurs de risques, nous pourrons ainsi participer à la mise en place d'une véritable " boucle qualité ". C'est en ce sens que la CME souhaite s'engager, consciente que la qualité fait partie du pari de l'efficience dans lequel elle s'est engagée.

Denis ASTAGNEAU

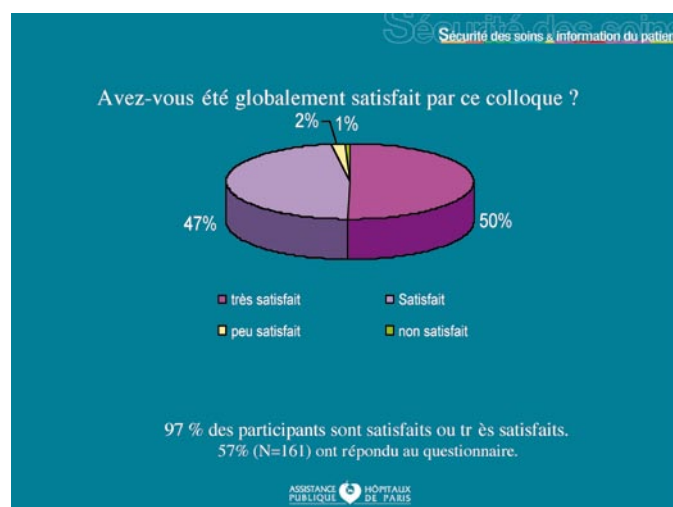
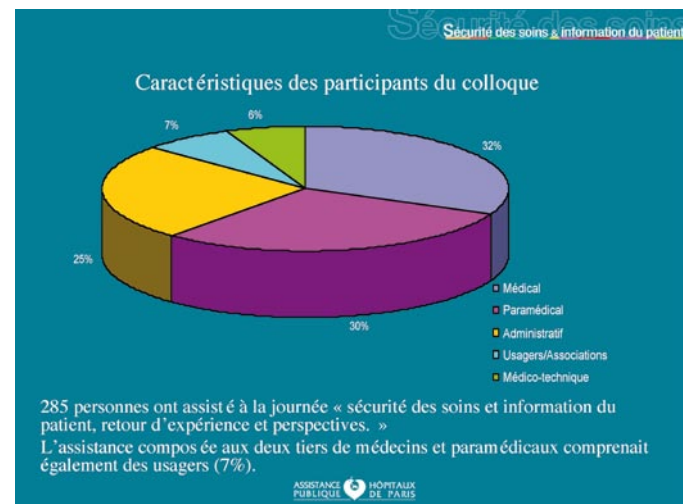
Je remercie l'ensemble des intervenants, participants et organisateurs.

Synthèse de l'évaluation du colloque

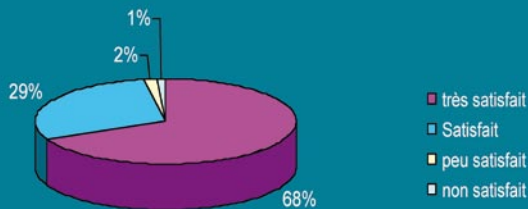
Sécurité des soins & information du patient

Résultats de l'enquête de satisfaction du colloque

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS Avril 2008



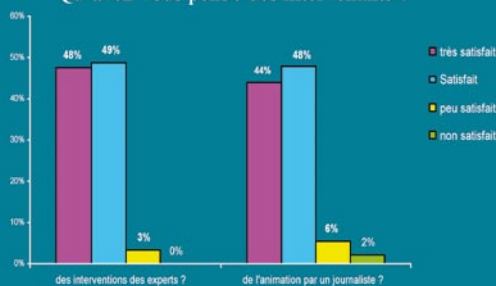
Que pensez-vous de l'analyse d'un cas concret ?



68% sont très satisfaits de l'analyse d'un cas concret

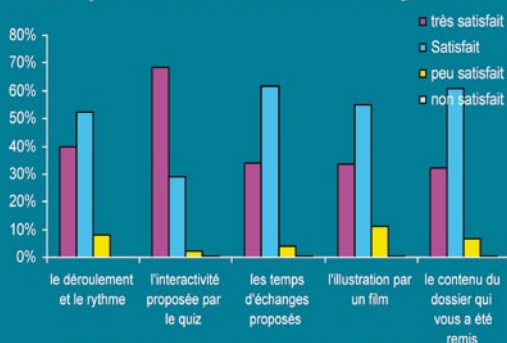
La décision de construire le colloque sur le retour d'expérience, à partir d'un cas concret, a été saluée comme très pédagogique, accessible à tout public, même si les plus experts du domaine ont trouvé l'analyse trop superficielle.

Qu'avez-vous pensé des intervenants ?

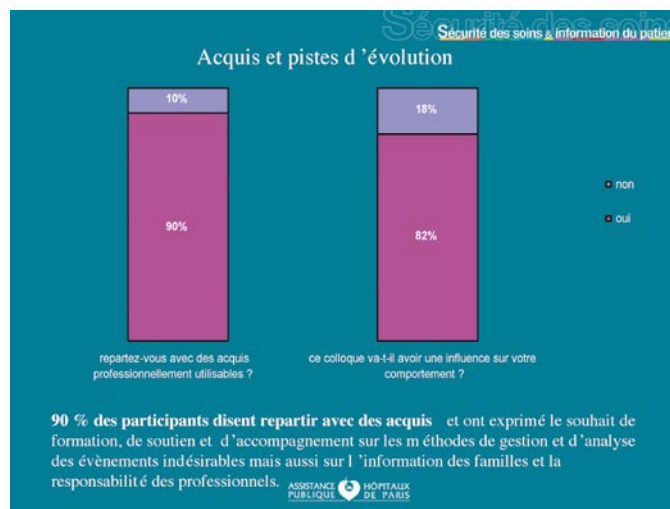
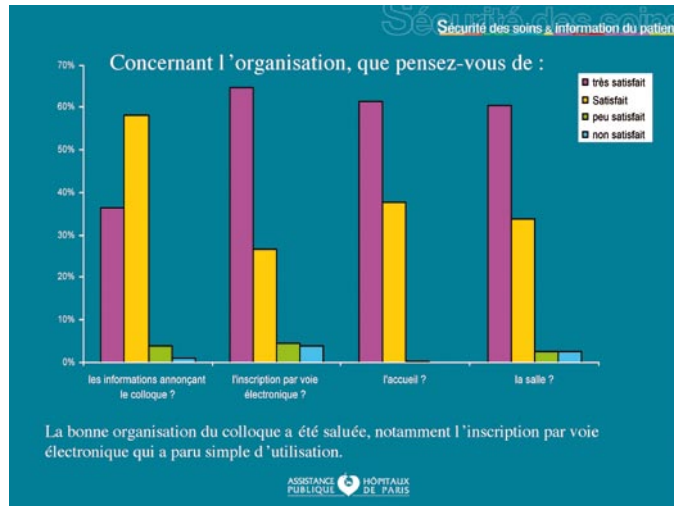


La diversité et la qualité des experts, l'intervention conjointe de la DPM et de la DAJDP ont été soulignées. Leur interactivité a été appréciée. A contrario, la moindre présence de paramédicaux a été regrettée ; il est reproché d'avoir une approche trop centrée sur les médecins et leur rôle.

Que pensez-vous du déroulement de la journée ?



L'interactivité du quiz, les échanges avec la salle ont permis de maintenir un bon rythme et une écoute de tous, en dépit de l'intensité du programme et de l'absence de pause.



Réalisation : DPM – DAJDP – Département de la communication interne – DDRH
 © 2008 Assistance Publique – Hôpitaux de Paris