Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients

édition multiprofessionnelle

Organisation mondiale de la Santé

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Guide pédagogique pour la sécurité des patients :

édition multiprofessionnelle

Publié par l'Organisation mondiale de la santé en 2011 sous le titre *Patient Safety Curriculum Guide – Multi-professionnal Edition*
© Organisation mondiale de la Santé (2011)

L'Organisation mondiale de la santé a accordé un droit de traduction et de publication d'une version en langue française au Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (France), seul responsable de la qualité et de la fidélité de la version française au texte original. Au cas où des incohérences seraient relevées entre les versions en langue anglaise et française, la version originelle en langue anglaise sera considérée comme authentique et faisant foi.
Guide pédagogique pour la sécurité des patients : édition multi-professionnelle
© Organisation mondiale de la Santé (2015)

Le Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (Direction générale de l'offre de soins-DGOS) a confié les prestations de traduction et de maquettage à la SAS TECHNICIS 59/60 Quai Alphonse Le Gallo 92100 BOULOGNE BILLANCOURT et la supervision éditoriale de la traduction à un comité scientifique présidé par le Pr Bertrand MILLAT.

ISBN 978-2-11-139557-2

Les demandes d'autorisation de traduction ou de reproduction des productions et documents d'information de l'Organisation mondiale de la santé, que ce soit pour distribution gracieuse ou commerciale, sont à demander au Service de presse de l'OMS permissions@who.int

La version française est téléchargeable en ligne sur le site de l'Organisation mondiale de la santé, du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et de la Haute Autorité de santé.

Avertissement au lecteur

Le Guide pédagogique pour la sécurité des patients correspond à la traduction du Patient Safety Curriculum Guide de l'OMS publié en 2011, lui-même inspiré d'un manuel d'enseignement réalisé antérieurement en Australie.

Par choix du Comité scientifique, la version française fait cohabiter des exemples, situations ou références relevant de pays étrangers –Australie notamment- avec d'autres propres à la France. Il a en effet paru souhaitable de conserver au Guide son caractère originel, montrant en cela la dimension internationale des problématiques de la sécurité des patients, tout en apportant les adaptations indispensables pour faire sens avec le contexte national. Cette option est cohérente avec les recommandations de l'OMS, et a pour but de faciliter l'appropriation du Guide par ses utilisateurs.

Cette version est une « V2015 ». Elle pourra s'enrichir des remarques des lecteurs, formateurs ou étudiants, et cette perspective d'actualisation continue est un projet du Comité scientifique.

Chefs de projet :
Michèle PERRIN, DGOS, Bureau Qualité et sécurité des soins
Pr Bertrand MILLAT, Université Montpellier 1, coordonnateur du Programme national pour la sécurité des patients (2013/2017)

Comité scientifique :
Pr Bertrand MILLAT
Dr Bruno BALLY, Mission sécurité patients, HAS
Dr Jean BRAMI, Mission sécurité patients, HAS
Pr Abe FINGERHUT, MD
Pr Philippe MICHEL, Université Lyon 1, Institut pour la Qualité et Sécurité en Santé
Michèle PERRIN
Dr Gwenaël ROLLAND-JACOB, Centre Hospitalier de Cornouaille
Dr Josh RUBENOVITCH, Centre hospitalier universitaire de Montpellier

Table des matières

Abréviations 5

Avant-propos 8

Introduction 18

Partie A : Guide du formateur

1. Contexte 22
2. Comment ont été sélectionnés les modules du Guide pédagogique ? 25
3. Objectifs du Guide pédagogique 34
4. Structure du Guide pédagogique 36
5. Mise en œuvre du Guide pédagogique 37
6. Comment intégrer l'apprentissage de la sécurité des patients dans votre curriculum 41
7. Principes pédagogiques essentiels à l'enseignement et à l'apprentissage de la sécurité des patients 51
8. Activités visant à faciliter la compréhension de la sécurité des patients 56
9. Comment évaluer la sécurité des patients 61
10. Comment évaluer les curriculums sur la sécurité des patients 69
11. Outils et ressources en ligne 74
12. Comment favoriser une approche internationale de l'éducation à la sécurité des patients 75

Partie B : Modules du Guide pédagogique

Définitions des principaux concepts 80

Symboles 82

Introduction aux modules du Guide pédagogique 83

Module 1 : Qu'est-ce que la sécurité des patients ? 92

Module 2 : Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients 111

Module 3 : Comprendre l'organisation des systèmes et l'effet de la complexité sur les soins en santé 121

Module 4 : Etre un membre efficace en équipe 133

Module 5 : Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages 151

Module 6 : Comprendre et gérer les risques cliniques 162

Module 7 : Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins 176

Module 8 : S'impliquer avec les patients et leur entourage 192

Introduction aux Modules 9 à 11 209

Module 9 : Contrôle et prévention des infections 210

Module 10 : Sécurité des patients et procédures invasives 227

Module 11 : Améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse 241

Annexes

Annexe 1 : Lien vers l'Australian Patient Safety Education Framework 260

Annexe 2 : Exemples de méthodes d'évaluation 261

Remerciements 268

Abréviations

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AINS	anti-inflammatoires non-stéroïdiens
AMDEC	Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité
AMR	résistance anti-microbienne
APSEF	Australian Patient Safety Education Framework
ARCS	(accelerated recovery colectomy surgery) chirurgie colique avec réhabilitation accélérée
CBD	(case based discussion) discussion de cas
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CPI	(clinical practice improvement) amélioration de la pratique clinique
CR-BSI	(catheter related bloodstream infection) septicémie sur cathéter
CRM	(crew resource management, concept issu du secteur de l'aviation) management en équipe des ressources humaines
ECG	électrocardiogramme
ECOS	Examen Clinique Objectif Structuré
EMQ	(extended matching questions) questions de type jumelage à choix étendu de réponses
EPI	équipement de protection individuelle
ERV	entérocoque résistant à la vancomycine
É-U	États-Unis
EVL	en vente libre
HBV	virus de l'hépatite B
HRO	(high reliability organization) organisation à haute fiabilité
IAS	infection associée aux soins
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IOM	Institute of Medicine
IPE	(interprofessional education) éducation interprofessionnelle
IRM	imagerie par résonance magnétique
ISO	infection du site opératoire
IV	intraveineuse
MEQ	(modified essay questions) questions rédactionnelles
Mini-CEX	(mini clinical evaluation exercise) évaluation clinique brève
MSF	(multisource feedback) évaluation multisource
NASA	National Aeronautics and Space Agency
NCPS	National Center for Patient Safety
NPSEF	National Patient Safety Education Framework
PBL	apprentissage par problème
PDCA	(plan/do/check/act) planifier/agir/évaluer/ajuster
QCM	questionnaire à choix multiples
RCA	(root cause analysis) analyse des causes profondes
RLS	(reporting and learning system) système de déclaration et d'apprentissage
RPN	(risk priority number) indice de priorité de risque
RU	Royaume-Uni
SBA	(short best answer question paper) questions à réponses courtes
SARM	*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline
SO ou BO	salle d'opération ou bloc opératoire
TB	tuberculose
USI	unité de soins intensifs
VA	Veterans Affairs (Ministère des Anciens combattants)
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

Guide pédagogique pour la sécurité des patients :

édition multi-professionnelle

Organisation mondiale de la Santé

Organisation mondiale de la Santé

Le secteur de la santé a beaucoup évolué au cours des 20 dernières années. Les innovations technologiques ainsi que notre connaissance des maladies ont contribué à allonger l'espérance de vie au 20ème siècle. Cependant, l'un des plus grands défis aujourd'hui n'est pas de rester au fait des procédures cliniques les plus récentes ou des équipements de haute technologie dernier cri, mais plutôt d'améliorer la sécurité des soins dispensés dans des environnements complexes, sous pression et où la rapidité d'action joue un grand rôle. Dans ce type d'environnements, les choses peuvent souvent mal tourner. Des événements indésirables surviennent. Des dommages non intentionnels, mais graves, affectent des patients dans le cadre de la pratique clinique habituelle ou consécutivement à une décision clinique.

De nombreux pays du monde ont déjà reconnu l'importance de la sécurité des patients et élaborent des méthodes et approches visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins. Ils ont aussi pris conscience de la nécessité d'éduquer les professionnels de santé aux principes et concepts de la sécurité des patients. Il est indispensable de renforcer ces compétences afin de s'adapter à la complexité croissante du système et aux exigences imposées aux professionnels.

L'Organisation mondiale de la Santé se pose en chef de file d'un mouvement mondial s'appuyant sur l'éducation à la sécurité des patients, ses principes et approches pour faire que, partout dans le monde, les nouvelles générations de professionnels de santé soient formées à dispenser des soins centrés sur le patient. Elle s'est attachée à élaborer un guide pédagogique pour la sécurité des patients en adoptant une perspective multiprofessionnelle et une approche systémique de la santé à l'échelle mondiale. Elle a accéléré ses efforts visant à aider les universités et les écoles de sciences de la santé à développer l'apprentissage sur la sécurité des patients et à l'intégrer dans leurs curriculums existants.

En collaboration avec les gouvernements, les universités et les écoles du monde entier et avec les associations professionnelles internationales de chirurgie dentaire, médecine, maïeutique, soins infirmiers et pharmacie et les associations d'étudiants de ces disciplines, l'Organisation mondiale de la Santé a rendu l'éducation à la sécurité des patients conforme aux besoins et aux exigences des environnements de travail actuels. La combinaison des efforts, des ressources et des expertises a été essentielle pour élaborer l'édition multiprofessionnelle du Guide pédagogique pour la sécurité des patients. L'application de ses recommandations aura des effets immédiats et mesurables en termes de renforcement des connaissances et des compétences des étudiants en santé, qui seront mieux préparés pour une pratique plus sûre.

Dr Margaret Chan
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé

Organisation mondiale de la Santé

Organisation mondiale de la Santé

L'engagement en faveur de la sécurité des patients dans le monde n'a cessé de croître depuis la fin des années 1990, à la suite à deux rapports marquants : *To Err is Human* publié par l'Institute of Medicine aux États-Unis en 1999 et *An Organization with a Memory* produit par le directeur général de la Santé du gouvernement du Royaume-Uni en 2000. Tous deux reconnaissaient que les erreurs sont courantes au cours des soins et qu'elles surviennent dans environ 10 % des hospitalisations. Dans un certain nombre de cas, les dommages causés sont graves, voire fatals.

Depuis la publication de ces deux éminents rapports, la quête d'amélioration de la sécurité des soins dispensés aux patients a pris une dimension mondiale, conduisant à une modification radicale de la perception de la sécurité des patients. Alors que ce sujet ne suscitait qu'un intérêt académique minoritaire, il est aujourd'hui devenu une véritable priorité pour la plupart des systèmes de santé.

Mais la situation mondiale actuelle reste extrêmement préoccupante. A mesure que le volume de données collectées sur l'ampleur et la nature des erreurs et événements indésirables associés aux soins augmentait, il est clairement apparu que les soins à risque sont présents dans quasiment tous les aspects des soins de santé.

La formation des dentistes, médecins, sages-femmes, infirmier(ère)s, pharmaciens et autres professionnels de santé procure depuis longtemps une base solide pour des soins de santé sûrs et de haute qualité. Cependant, la formation est sous-utilisée et sous-évaluée en tant qu'outil pour relever les défis de l'amélioration de la sécurité des patients. Pour que l'éducation et la formation jouent pleinement leur rôle en la matière, il est évident qu'une nouvelle approche s'impose.

Au cours des trois dernières années, l'Organisation mondiale de la Santé a étudié les relations entre l'éducation et la pratique en santé – entre l'éducation des professionnels de santé et la sécurité du système de santé. Ce travail a abouti à l'élaboration du présent Guide pédagogique pour la sécurité des patients, qui présente différentes idées et méthodes pour enseigner et évaluer plus efficacement la sécurité des patients.

Le Guide pédagogique de l'OMS est un programme complet permettant un apprentissage efficace sur la sécurité des patients. Il met en lumière les principaux risques associés aux soins de santé et explique comment les gérer, montre comment reconnaître les événements indésirables associés aux soins et les facteurs de risque, et indique comment les déclarer et les analyser. Il enseigne le travail en équipe et l'importance d'une communication claire entre tous les niveaux de soins, tout en soulignant la nécessité de s'impliquer avec les patients et leur entourage pour instaurer et maintenir une culture de la sécurité des patients.

J'espère que ce Guide pédagogique incitera les professionnels de santé de demain à mettre tout en œuvre, tout au long de leur vie, pour offrir à leurs patients une qualité et une sécurité de soins optimales.

Sir Liam Donaldson
Envoyé spécial pour la sécurité des patients
Organisation mondiale de la Santé

FDI Fédération Dentaire Internationale

On observe aujourd'hui une prise de conscience et une reconnaissance grandissantes du caractère vital de la sécurité des patients dans le domaine de la santé. Il apparaît également nécessaire d'examiner de près les procédures ayant fait leurs preuves dans d'autres secteurs d'activité, notamment la sécurité des entreprises, afin de déterminer si elles peuvent être adaptées aux soins de santé. A cela s'ajoute le besoin criant pour les étudiants de toutes les professions de santé d'apprendre et de comprendre comment gérer et traiter les événements indésirables associés aux soins, tout en garantissant un niveau élevé de sécurité pour les patients.

Le Guide pédagogique de l'Organisation mondiale de la Santé (WHO) pour la sécurité des patients : édition multiprofessionnelle est une ressource importante : non seulement il sensibilisera l'opinion internationale à la nécessité de l'éducation à la sécurité des patients mais il aidera aussi les enseignants à intégrer le concept de la sécurité dans les curriculums en santé existants.

Cela contribuera, d'une part, à bâtir un socle de connaissances et de compétences permettant de mieux préparer les étudiants à la pratique clinique et, d'autre part, à garantir que les futures générations de professionnels de santé seront formées à la sécurité des patients et capables de satisfaire aux exigences des environnements complexes d'aujourd'hui.

Au cours de l'année écoulée, la Fédération Dentaire Internationale a cherché à réviser ses stratégies de santé bucco-dentaire à l'échelle mondiale et à identifier les principales problématiques au niveau international et les priorités régionales. L'un des problèmes soulevés portait sur la garantie et l'amélioration de la qualité en ce qui concerne la sécurité des patients et la communication avec les patients/l'information des patients. Il est donc encourageant de voir les questions posées traduites aussi rapidement en matériel pédagogique utilisable et fonctionnel, reposant sur des concepts inspirés de la pratique industrielle.

La FDI défend depuis longtemps l'idée selon laquelle la sécurité des patients est une attitude de base devant être introduite dès le début de la formation en médecine dentaire. L'importance accordée dans ce programme pédagogique de l'OMS à former les futurs dentistes aux techniques de sécurité des patients devant être mises en pratique dans tous les aspects de leur travail est de bon augure pour leur future carrière et pour l'avenir de la médecine dentaire dans le monde.

La FDI est fière d'avoir participé à ce projet collaboratif aux côtés de l'OMS, qui s'inscrit pleinement dans le processus que nous avons engagé pour défendre la santé bucco-dentaire et atteindre nos objectifs en matière de formation continue. Il intègre aussi utilement la médecine dentaire dans les autres professions de santé, soulignant les principes communs qui régissent leurs approches en matière de sécurité des patients.

Dr Roberto Vianna
Président
FDI Fédération Dentaire Internationale

Fédération Internationale Pharmaceutique

La sécurité des patients est une priorité majeure pour tous les professionnels qui, à l'instar des pharmaciens, veillent à la santé et au bien-être général des personnes. Pendant des siècles, les pharmaciens ont fait office de gardiens/sentinelles contre les « poisons », ces substances qui pouvaient être nocives pour le public. Aujourd'hui plus que jamais, les pharmaciens ont la responsabilité de garantir que lorsqu'un patient reçoit un médicament, celui-ci ne lui causera pas de dommage.

La récente modification du paradigme de la pratique pharmaceutique passant d'une approche axée sur le produit à une approche centrée sur le patient s'est accompagnée d'un développement accru des soins pharmaceutiques, visant à prévenir et résoudre les problèmes de traitements médicamenteux potentiels et réels en offrant des services complets aux patients.

Les pharmaciens contribuent également à la pratique collaborative en milieux ambulatoires et hospitaliers, et des preuves solides montrent que leur implication active dans des équipes de soins pluridisciplinaires permet d'améliorer la sécurité des patients. Persuadée qu'accorder une plus grande place à la sécurité des patients dans le programme de formation des pharmaciens pourrait renforcer leur capacité à contribuer à la sécurité des patients, la FIP a participé à l'élaboration de ce document et salue ce précieux outil.

M. Ton Hoek
Secrétaire général
Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP)

Confédération Internationale des Sages-femmes

Les membres de la Confédération Internationale des Sages-femmes (ICM) ont partagé beaucoup de leur temps et leur expertise avec l'Organisation mondiale de la Santé et d'autres professions de santé pour créer un Guide pédagogique pour la sécurité des patients qui soit réellement multidisciplinaire et pluriprofessionnel, destiné à enseigner les principes de la sécurité des patients à l'ensemble des professionnels de santé. Non seulement les études de cas contenues dans ce guide aideront les étudiants à reconnaître le rôle de la sécurité des patients mais elles mettront aussi en lumière la nécessité d'une meilleure collaboration et d'une meilleure communication interprofessionnelles afin d'éviter les erreurs associées aux soins.

En ma qualité de Présidente de l'ICM, je tiens à féliciter les nombreux professionnels de santé et l'OMS qui ont élaboré ensemble ce Guide. Je suis bien sûr très fière des contributions des sages-femmes, membres de l'ICM, qui ont travaillé inlassablement en collaboration avec l'OMS pour donner vie à ce Guide pédagogique. Qu'il puisse aider la communauté internationale de la santé à répondre aux besoins sanitaires du monde.

Mme Frances Day-Stirk
Présidente
Confédération Internationale des Sages-femmes

Conseil International des Infirmières

Le Conseil International des Infirmières est fier d'avoir contribué à l'élaboration du Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients : édition multiprofessionnelle, qui offre aux professionnels de santé une plate-forme commune pour répondre à cette problématique importante.

Dans le monde entier, les infirmier(ère)s ont un rôle majeur à jouer pour améliorer la sécurité des patients. Si chaque professionnel a le devoir de veiller à ce que sa pratique ne cause pas de dommage, les soins sont de plus en plus dispensés par des équipes. Utiliser cette ressource complète facilite le travail en équipe et fournit un socle commun de connaissances tout en laissant une certaine souplesse à chaque discipline pour apporter sa propre contribution. En outre, ce guide sensibilise à la nécessité d'intégrer la sécurité des patients dans le curriculum de tous les professionnels de santé.

Dr Rosemary Bryant
Présidente
Conseil International des Infirmières

Association Médicale Mondiale

La sécurité est une composante essentielle de la qualité en santé qui nécessite un engagement aussi bien au niveau individuel qu'au niveau de l'équipe. Les individus et les processus sont rarement les seules causes des erreurs. Ce sont plutôt plusieurs facteurs distincts qui, combinés, créent ensemble des situations à haut risque. Des informations sur les erreurs et ce que l'on appelle les presque-accidents sont nécessaires pour comprendre le risque dans les processus complexes de la santé et des soins médicaux. Ces données nous permettent de combler les lacunes de sécurité, de réduire la morbidité et la mortalité et d'améliorer la qualité des soins.

Il est par conséquent fondamental d'adopter une culture de la sécurité non culpabilisante pour gérer les erreurs, associée à des mécanismes de déclaration qui contribuent à prévenir et à corriger les défaillances systémiques et les erreurs humaines au lieu de rechercher la faute individuelle ou organisationnelle. Cette culture non culpabilisante doit toutefois encore être développée dans la plupart des milieux de soins. Former les étudiants en professions de la santé au concept de la sécurité en santé, à la pratique collaborative et à la mettre en œuvre dans leur futur travail quotidien est une étape essentielle de ce processus.

Les soins centrés sur la personne deviennent plus complexes et plus spécialisés. Il faut par conséquent accorder plus d'attention à une cohésion parfaite du travail d'équipe en santé. Une pratique véritablement collaborative exige un niveau élevé de communication, la transmission précise des tâches et des résultats et des rôles et responsabilités clairement définis. Pour parvenir à une compréhension réaliste des risques inhérents à la médecine moderne, tous les professionnels de santé doivent être capables de coopérer avec toutes les parties concernées, d'adopter une approche systémique proactive de la sécurité et d'assumer la responsabilité individuelle qu'exige leur métier. Cela suppose d'abord et avant tout de dialoguer avec nos patients et de respecter leurs besoins, leurs attentes, leurs craintes et leurs espoirs.

L'Association Médicale Mondiale milite pour que les professionnels de santé reconnaissent la sécurité comme étant l'un des éléments essentiels de l'amélioration de la qualité des soins. Il est indispensable de faciliter le développement de connaissances collectives sur les situations et pratiques à risque et de prendre des mesures préventives pour éviter les risques non nécessaires.

Le Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients offre un outil pédagogique aux étudiants en santé pour comprendre le concept de la sécurité des patients et de la pratique collaborative. Il explique aux formateurs comment enseigner ce sujet en utilisant des méthodes pédagogiques modernes.

Dr Wonchat Subhachaturas
Président
Association Médicale Mondiale

Association Internationale des Étudiants en Médecine Dentaire (IADS)
Conseil International des Infirmières – Réseau des étudiants en soins infirmiers
Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine (IFMSA)
Fédération internationale des étudiants en pharmacie (IPSF)

Alors que l'importance de fournir des soins sûrs ne cesse de croître dans les milieux de soins, former les étudiants aux événements indésirables associés aux soins est un besoin de plus en plus pressant aujourd'hui et une urgence pour la sécurité des patients. Introduire la sécurité des patients dans la formation des professionnels de santé contribuera à bâtir un socle de connaissances et de compétences grâce auquel les étudiants seront mieux préparés à la pratique clinique. Cela permettra de créer un futur effectif de professionnels de santé formés à la sécurité des patients et capables de répondre aux exigences des environnements complexes d'aujourd'hui.

L'association internationale des étudiants en médecine dentaire (International Association of Dental Students, IADS), le Réseau des étudiants en soins infirmiers – du Conseil international des infirmières (ICN-SN), la fédération internationale des associations d'étudiants en médecine (IFMSA) et la Fédération internationale des étudiants en pharmacie (IPSF) saluent conjointement le Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients : édition multiprofessionnelle. Il constituera une ressource importante non seulement pour sensibiliser la communauté internationale à la nécessité d'une formation à la sécurité des patients, mais aussi pour aider les formateurs à introduire cette matière dans les curriculums en santé existants et à préparer les étudiants à une pratique plus sûre dans leurs environnements de travail.

L'ICN-SN, l'IADS, l'IFMSA et l'IPSF approuvent le Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients : édition multiprofessionnelle et applaudissent les efforts de l'OMS visant à aider les universités et facultés de pharmacie, de médecine, de médecine dentaire et de soins infirmiers à introduire la formation à la sécurité des patients dans les curriculums en santé. Les associations étudiantes apprécient la démarche de l'OMS de consulter des étudiants en les considérant comme des acteurs à part égale, pour garantir que leurs suggestions et points de vue soient intégrés au Guide pédagogique. Elles soutiennent fermement l'édition multiprofessionnelle du Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients et félicitent l'OMS d'avoir permis à toutes les parties prenantes de s'engager dans cette voie.

Mr Ionut Luchian
Président • Association internationale des étudiants en médecine dentaire

Mme Yasmin Yehia
Présidente • Réseau des étudiants Conseil international des infirmières

Mr Chijioke Chikere Kaduru
Président • Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine

Mr Jan Roder
Président • Fédération internationale des étudiants en pharmacie

La voix du patient dans la formation professionnelle

Ayant pris part à l'élaboration et à la phase de pilotage du *Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools*, il était naturel que « Les patients pour la sécurité des patients » participe également à l'adaptation de ce guide pédagogique pour un usage multidisciplinaire. Nous sommes heureux d'avoir l'occasion de collaborer à un autre programme de l'OMS.

Dans la pratique, nos interactions avec des étudiants de toutes les disciplines et de tous les niveaux ont renforcé notre conviction très forte qu'ils doivent, au cours de leurs études, être exposés à la valeur de l'expérience des patients et apprendre à l'apprécier. Si cette démarche est associée à une prise de conscience de ce qu'englobe la notion de soins véritablement centrés sur les patients, les étudiants mobiliseront alors invariablement à la fois leur cœur, leur intellect et leurs compétences, ce qui sera bénéfique aussi bien pour les patients que pour les résultats de ces derniers.

Intégrer officiellement le point de vue du patient dans l'éducation en santé est primordial pour la sécurité des patients, pour susciter un changement de culture pérenne et pour améliorer les soins. Les recherches menées à l'université de Colombie-britannique au Canada mettent en évidence que « les étudiants se rappellent ce qu'ils apprennent des patients. La voix authentique et autonome du patient favorise l'apprentissage des soins centrés sur le patient ».

Le nouveau Guide pédagogique de l'OMS apportera des changements attendus de longue date qui contribueront à fournir des soins plus sûrs et incluront le patient et sa famille. Il est incontestable que les étudiants d'aujourd'hui sont bel et bien les professionnels de santé de demain – des hommes et des femmes qui tiendront nos vies entre leurs mains et que nous, patients, voulons tenir en haute estime.

Mme Margaret Murphy
External Lead
Programme Les Patients pour la sécurité des patients

Répondre aux besoins de nos futurs professionnels de santé

La reconnaissance croissante des dommages non intentionnels causés par les soins de santé met en lumière la nécessité pour les étudiants en santé d'apprendre comment dispenser des soins plus sûrs. Mais la formation des professionnels de santé n'a pas su s'adapter au rythme soutenu des différents défis en santé et de l'évolution des exigences imposées aux professionnels de santé. A peine 2 % des 5,5 billions d'US$ de dépenses totales en santé dans le monde sont consacrés à la formation professionnelle. Il est urgent de définir une formation des professionnels de santé innovante pour les préparer à dispenser des soins centrés sur le patient. Cela suppose un curriculum basé sur les compétences incluant une perspective multiprofessionnelle et une approche systémique, et ayant une portée mondiale.

L'édition multiprofessionnelle du Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients est une mise à jour du *Curriculum Guide for Medical Schools*, publié par l'OMS en 2009. Cette nouvelle édition couvre les domaines de la médecine dentaire, de la médecine, de la maïeutique, des soins infirmiers, de la pharmacie et d'autres professions de santé en rapport. Nous espérons que ce Guide promouvra et renforcera la sécurité des patients dans le monde et qu'il préparera les étudiants à une pratique sûre.

Ce guide complet visant à faciliter la mise en œuvre de l'éducation à la sécurité des patients dans les écoles et universités médicales et paramédicales contient des informations destinées à tous les niveaux de personnel enseignant et jette les bases du renforcement des capacités concernant les principes et concepts essentiels de la sécurité des patients. Le Guide pédagogique constitue une ressource très riche pour les décideurs intervenant dans l'élaboration des curriculums en santé.

Conçu pour s'adresser à un public mondial et rédigé dans un langage clair et facile à comprendre, le Guide pédagogique s'articule en deux parties : Partie A : Guide du formateur ; et Partie B : 11 modules sur la sécurité des patients. Le Guide du formateur présente les concepts et principes de la sécurité des patients et fournit des informations importantes sur la meilleure façon d'enseigner cette notion. La Partie B inclut 11 modules sur la sécurité des patients, conçues chacune pour présenter différentes idées et méthodes d'enseignement et d'évaluation, afin de permettre aux formateurs d'adapter le matériel en fonction de leurs propres besoins, de leur contexte et des ressources dont ils disposent.

Nous vous recommandons donc vivement cette publication. Apprendre aux professionnels de santé à devenir compétents en matière de soins centrés sur le patient n'est-il pas ce qui importe le plus ? Le Guide pédagogique multiprofessionnel contribue à renforcer les capacités pour atteindre cet objectif. Nous espérons qu'il sera très largement utilisé.

Professeur Bruce Barraclough
External Expert Lead
Patient safety curriculum guide

Professeur Merrilyn Walton
Auteur principal
Patient safety curriculum guide

Introduction

L'édition multiprofessionnelle du Guide pédagogique pour la sécurité des patients est un guide complet visant à faciliter le renforcement efficace des capacités en matière de formation à la sécurité des patients dans les écoles et universités médicales et paramédicales. L'enseignement de la sécurité des patients étant relativement nouveau pour la plupart des formateurs en soins de santé, le Guide pédagogique réunit, dans une seule et même publication, des cadres pédagogiques et une série de concepts et de méthodes d'enseignement et d'évaluation de la sécurité des patients.

Ce Guide pédagogique est conçu pour s'intégrer facilement dans les curriculums de formation en santé existants, grâce à une approche flexible permettant de répondre aux besoins individuels, et il peut être adapté à des cultures et contextes différents. Il offre aux universités et instituts un cadre recommandé ainsi que des documents ressources ; cependant, des adaptations spécifiques aux conditions locales (exigences, environnements, besoins d'apprentissage des étudiants et moyens à leur disposition) sont encouragées.

L'élaboration du Guide pédagogique multiprofessionnel a débuté en janvier 2010 sur la base du *Curriculum Guide for Medical Schools* (guide pédagogique destiné aux facultés de médecine, en anglais), publié en 2009. Un groupe de travail cadre composé d'experts des associations professionnelles internationales en dentaire, médecine, maïeutique, soins infirmiers et pharmacie ainsi que des régions de l'OMS a coordonné les travaux de révision du Guide pédagogique de 2009, d'évaluation des preuves scientifiques disponibles et de réécriture des différentes sections afin qu'elles s'appliquent aussi aux dentistes, sages-femmes, infirmier(ère)s et pharmaciens. Il a également fourni des études de cas multiprofessionnelles à l'appui de l'enseignement interdisciplinaire et a vivement encouragé les débats entre les experts et les auteurs. Plus de 50 experts internationaux ont contribué à préparer ce document. Les auteurs, contributeurs, experts et autres professionnels qui ont participé activement au processus de travail et l'ont facilité sont cités dans la section remerciements à la fin du document.

Sections du Guide pédagogique

Le document s'articule en deux parties : Partie A : Guide du formateur ; et Partie B : 11 modules de formation sur la sécurité des patients. Pour la commodité du lecteur, la numérotation des figures et tableaux reprend celle de la partie et de la section dans lesquelles ils sont présentés.

La Partie A est un outil pour les formateurs. Elle leur apporte des connaissances et des outils, et les aide à développer les compétences nécessaires pour dispenser une formation à la sécurité des patients au sein de leur institution. La Partie A fournit une approche systématique du renforcement des capacités institutionnelles. Elle contient des informations de base sur le choix des thématiques de formation et la manière de les enseigner, des suggestions sur la façon d'intégrer l'enseignement de la sécurité des patients et des techniques visant à déterminer comment ce sujet pourrait s'inscrire dans les curriculums existants de l'institution. Elle décrit également les principes éducatifs fondamentaux pour l'enseignement et l'apprentissage de la sécurité des patients et propose des approches pour l'évaluation des étudiants et celle des curriculums sur la sécurité des patients existants. L'engagement des formateurs est essentiel pour garantir la pérennité du programme, et l'importance de cet aspect est soulignée tout au long du document. Parallèlement, des exemples clairs expliquant comment la sécurité des patients pourrait être enseignée sont fournis au fil de la Partie A.

La Partie B s'adresse aux formateurs et aux étudiants en soins de santé . Elle contient 11 modules sur la sécurité des patients. Ils sont prêts à l'emploi, axés chacun sur une thématique, et peuvent être utilisés comme un tout ou séparément. Les modules couvrent une grande variété de contextes dans lesquels la sécurité des patients peut être enseignée et apprise.

Les 11 modules sont les suivants :
Module 1 : Qu'est-ce que la sécurité des patients ?
Module 2 : Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients.
Module 3 : Comprendre les organisations des systèmes et l'effet de leur complexité sur les soins en santé.
Module 4 : Etre un membre efficace en équipe.
Module 5 : Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages.
Module 6 : Comprendre et gérer les risques cliniques.
Module 7 : Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins.
Module 8 : S'impliquer avec les patients et leur entourage.
Module 9 : Contrôle et prévention des infections.
Module 10 : Sécurité des patients et procédures invasives.
Module 11 : Améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse.

Les formateurs peuvent choisir les modules à introduire dans le curriculum existant selon les exigences, les ressources, les capacités et les besoins institutionnels. Pour l'enseignement même de la matière, plusieurs approches pédagogiques peuvent être suivies, allant des exposés à l'enseignement lors des visites des malades, en passant par l'apprentissage en petits groupes, les discussions de cas, les études indépendantes, le suivi des patients, les jeux de rôles, les simulations ou encore la réalisation de projets d'amélioration. Chacune de ces approches présente des avantages et des inconvénients. Les formateurs doivent garder à l'esprit que différents objectifs d'apprentissage peuvent être atteints en choisissant différentes approches.

Des exemples de contenu et de format d'évaluation/examen sont fournis en Annexes 1 et 2. Les formateurs peuvent choisir le format en fonction du but de l'évaluation/examen et des objectifs d'apprentissage.

Partie A
Guide du formateur

Guide pédagogique pour la sécurité des patients : édition multiprofessionnelle

1. Contexte

Pourquoi les étudiants des métiers de la santé ont-ils besoin d'une formation à la sécurité des patients ?

Avec les découvertes scientifiques de la médecine moderne, les résultats des soins de santé se sont considérablement améliorés. Toutefois, des études provenant de nombreux pays montrent que ces bénéfices s'accompagnent de risques significatifs pour la sécurité des patients. Nous avons appris que les patients hospitalisés sont exposés à un risque d'événement indésirable et que la prise de médicaments est associée à un risque d'erreurs médicamenteuses et d'effets indésirables. Ces connaissances ont eu pour conséquence majeure l'émergence de la sécurité des patients comme discipline spécialisée destinée à aider les professionnels de santé, les directeurs d'établissements, les organisations de soins, les gouvernements (du monde entier) et les consommateurs à se familiariser avec les concepts et les principes de sécurité. Tout le monde est concerné. En santé, la tâche est immense, et il est nécessaire que toutes les personnes impliquées dans les soins comprennent l'étendue des dommages causés aux patients et pourquoi le secteur de la santé doit adopter une culture de la sécurité. L'éducation et la formation à la sécurité des patients n'en sont qu'à leurs début à tous les niveaux. En tant que futurs professionnels de santé et chefs d'équipe médicale, les étudiants en santé doivent se préparer à dispenser des soins sûrs. Alors que les curriculums des différentes professions de santé évoluent en permanence pour intégrer leurs dernières découvertes et nouvelles connaissances, les connaissances en matière de sécurité des patients se distinguent car elles s'appliquent à tous les domaines de pratique et à toutes les professions.

Les étudiants en santé devront savoir, entre autres, comment les systèmes affectent la qualité et la sécurité des soins de santé et comment une mauvaise communication peut conduire à des événements indésirables. Ils doivent apprendre comment relever ces défis. La sécurité des patients n'est pas une discipline traditionnelle et autonome, mais une matière qui s'intègre dans tous les domaines de soins de santé. Le programme pour la Sécurité des patients de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'autres projets similaires visent à mettre en œuvre la sécurité des patients dans le monde entier. La sécurité des patients est l'affaire de tous, des patients aux hommes politiques. Puisque les étudiants en santé figurent parmi les chefs d'équipes médicales de demain, il est essentiel qu'ils possèdent les connaissances et les compétences requises pour appliquer les principes et concepts de la sécurité des patients. L'édition multiprofessionnelle du Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients jette les bases pour permettre aux étudiants, indépendamment de la profession qu'ils ont choisie, de commencer à comprendre et à mettre en pratique la sécurité des patients dans toutes leurs activités professionnelles.

Le renforcement des connaissances en matière de sécurité des patients doit figurer au programme tout au long du cursus de formation et d'éducation des étudiants en santé. Ces derniers devraient commencer à appliquer les compétences et comportements de sécurité des patients dès qu'ils entrent dans un hôpital, un centre de soins ou un service de santé. Si l'on amène les étudiants à se concentrer sur chaque patient individuellement, à traiter chacun d'eux comme un être humain unique et à utiliser leurs connaissances et leurs compétences avec prudence, ils pourront servir de modèles pour leurs confrères au sein du système de santé. La plupart des étudiants en santé nourrissent de grandes aspirations lorsqu'ils intègrent la filière de leur choix, mais la réalité des systèmes de santé entame parfois leur optimisme. Nous voulons qu'ils restent optimistes et qu'ils croient en leur

capacité à changer les choses, à la fois dans la vie des patients et au sein du système de santé.

Comment utiliser ce Guide pédagogique

Le Guide pédagogique est destiné à aider les écoles et universités médicales et paramédicales à mettre en œuvre l'apprentissage de la sécurité des patients dès la formation initiale des étudiants, avant qu'ils n'obtiennent leur diplôme. Les professeurs peuvent choisir d'enseigner les modules en totalité ou commencer plus progressivement et n'en aborder qu'un ou deux à la fois. Chaque module comporte un chapitre sur les connaissances préalables requises pour enseigner le sujet ainsi que des suggestions pour l'évaluation. Nous avons inclus des études de cas afin de faciliter l'apprentissage et d'encourager les professeurs et formateurs à les utiliser dans leurs activités d'enseignement. Nous proposons également différentes méthodes d'enseignement pour chaque module. Il est préférable d'attendre que les étudiants se soient familiarisés avec leur environnement professionnel avant d'aborder la plupart des modules car une grande partie de l'apprentissage de la sécurité des patients requiert une approche d'équipe et l'observation du service de santé dans son ensemble, et pas uniquement du domaine de spécialité de l'étudiant. Les modules ont été conçus de manière à ce que les étudiants puissent prendre en main un pan important de leur apprentissage de façon autonome par le biais de lectures personnelles en ligne qui leur permettent d'assimiler les connaissances de base nécessaires, suivies d'exercices pouvant être réalisés pour mettre en pratique les connaissances ainsi acquises.

Nous encourageons les différentes facultés et professions de santé à ajouter la littérature professionnelle et les données pertinentes propres à leur profession pour illustrer les modules. Il conviendrait par exemple d'inclure des compilations de données et des articles connexes dans le domaine de la pharmacie pour les étudiants en pharmacie. S'agissant d'un guide multiprofessionnel, nous n'avons pas été en mesure de fournir des exemples pour toutes les professions mais nous en avons inclus autant que possible, lorsqu'ils étaient pertinents et disponibles.

Qu'est-ce que le Guide pédagogique ?

Le Guide pédagogique est un programme complet pour la mise en œuvre de la formation à la sécurité des patients dans les écoles et universités médicales et paramédicales à travers le monde. Il s'articule en deux parties. La Partie A est un guide du formateur conçu pour aider les enseignants à appliquer le contenu du Guide pédagogique. Nous sommes conscients que la sécurité des patients est une discipline nouvelle et que beaucoup de professionnels de santé et de membres du corps enseignant n'en connaissent pas bon nombre des concepts et des principes. Aussi, cette partie jette-t-elle les bases du renforcement des capacités en matière d'éducation à la sécurité des patients. La Partie B offre un programme complet sur la sécurité des patients, prêt à l'emploi, divisé en modules pouvant être utilisés comme un tout ou séparément.

Pourquoi le Guide pédagogique a-t-il été élaboré ?

Depuis que l'étude de Harvard [1] a pour la première fois décrit l'étendue des dommages aux patients en 1991, d'autres pays ont rapporté des résultats similaires, quelles que soient les différences de cultures et de systèmes de santé. La prise de conscience du fait que les soins de santé causent en réalité des dommages aux patients a conduit à une surveillance accrue des soins des patients dans le cadre d'un système de santé de plus en plus complexe. Cette complexité s'est intensifiée avec l'évolution rapide des technologies médicales et des exigences en matière de services [2, 3]. On attend des médecins, des infirmier(ère)s, des sages-femmes, des dentistes, des pharmaciens et des autres professionnels de santé qu'ils gèrent cette complexité dans leur travail quotidien, qu'ils pratiquent une médecine fondée sur les preuves et qu'ils maintiennent un environnement sûr pour les patients. Mais, à moins d'être éduqués et formés correctement aux concepts et principes de la sécurité des patients, ils auront des difficultés à atteindre cet objectif.

L'éducation des professionnels de santé à la sécurité des patients dans l'enseignement supérieur n'a pas évolué aussi rapidement que les exigences imposées aux professionnels [3-7]. Ainsi, des systèmes de gestion des EIAS pour les erreurs médicamenteuses ou chirurgicales sont utilisés depuis de nombreuses années dans plusieurs pays, mais des programmes de formation spécifiques incluant des cours sur les erreurs associées aux soins ou la sécurité des patients pendant la formation initiale n'ont été décrits que récemment dans la littérature [5, 8].

De multiples facteurs ont entravé l'éducation à la sécurité des patients. Premièrement, les formateurs en santé ne reconnaissent pas suffisamment que l'enseignement et l'apprentissage de la sécurité des patients devraient faire partie intégrante des curriculums de formation initiale des étudiants en santé ni que

les compétences en matière de sécurité des patients peuvent être enseignées [9, 10]. De nombreux membres du corps enseignant ne connaissent pas bien la littérature et ignorent comment intégrer l'apprentissage de la sécurité des patients dans les curriculums existants [11, 12]. Deuxièmement, les formateurs doivent être ouverts à de nouveaux domaines de connaissances [3]. L'une des difficultés rencontrées lors de l'introduction de nouveaux curriculums réside dans la réticence à couvrir des connaissances provenant d'un autre secteur professionnel, tels que l'approche systémique et les méthodes d'amélioration de la qualité [10]. Il a également été suggéré que l'accent traditionnellement mis sur le traitement de la maladie plutôt que sur la prévention crée une culture dans laquelle il est difficile d'accorder de l'importance à un « non-événement », à savoir un événement indésirable évitable [3]. Un troisième facteur a trait aux attitudes solidement ancrées quant à la relation traditionnelle professeur-étudiant : une relation souvent hiérarchique et compétitive [9] au sein de laquelle un « expert » transmet des informations à l'étudiant [3, 4].

Ce Guide pédagogique vise à combler les lacunes en matière d'éducation à la sécurité des patients en offrant un curriculum complet conçu pour bâtir un socle de connaissances et de compétences commun à tous les étudiants en santé afin de mieux les préparer à la pratique clinique dans différents environnements.

Références

1. Brennan TA *et al.* Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324:370–376.
2. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
3. Stevens D. Finding safety in medical education. *Quality & Safety in Health Care*, 2002,11:109–110.
4. Johnstone MJ, Kanitsake O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: a critique. *Nurse Education Today*, 2007, 27:185–191.
5. Patey R *et al.* Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. *Quality & Safety in Health Care*, 2007, 16:256–259.
6. Singh R *et al.* A comprehensive collaborative patient safety residency curriculum to address the ACGME core competencies. *Medical Education*, 2005, 39:1195–1204.
7. Holmes JH, Balas EA, Boren SA. A guide for developing patient safety curricula for undergraduate medical education. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2002, 9 (Suppl. 1):S124–S127.
8. Halbach JL, Sullivan LL. Teaching medical students about medical errors and patient safety: evaluation of a required curriculum. *Academic Medicine*, 2005, 80:600–606.
9. Sandars J *et al.* Educating undergraduate medical students about patient safety: priority areas for curriculum development. *Medical Teacher*, 2007, 29:60–61.
10. Walton MM. Teaching patient safety to clinicians and medical students. *The Clinical Teacher*, 2007, 4:1–8.
11. Walton MM, Elliott SL. Improving safety and quality: how can education help? *Medical Journal of Australia*, 2006,184 (Suppl. 10):S60-S64.
12. Ladden MD *et al.* Educating interprofessional learners for quality, safety and systems improvement. *Journal of Interprofessional Care*, 2006, 20:497–505.

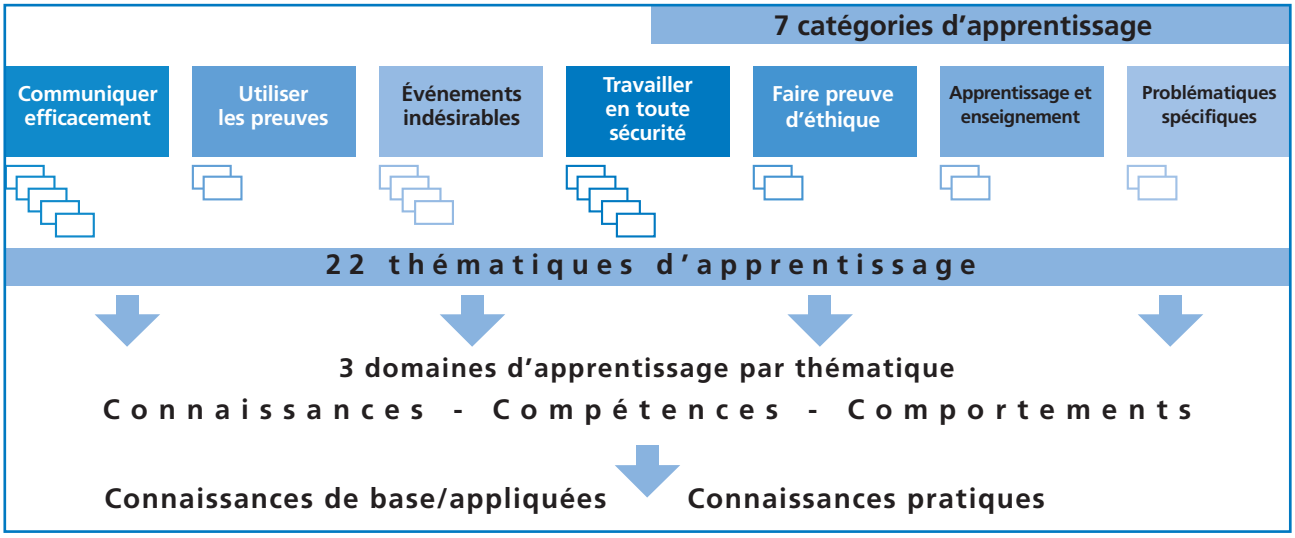
2. Comment ont été sélectionnés les modules du Guide pédagogique ?

Le Guide pédagogique étudie 11 modules, couvrant 16 des 22 thématiques d'apprentissage sélectionnées dans l'*Australian Patient Safety Education Framework* (APSEF, cadre australien d'éducation à la sécurité des patients) fondé sur les preuves. Un module supplémentaire ne figurant pas dans l'APSEF a été choisi afin de faciliter l'apprentissage sur la lutte contre les infections ciblé par le programme de l'OMS visant à réduire les infections en améliorant la prévention et le contrôle de ces dernières. La figure A.2.1 représente la structure de l'APSEF. Le tableau A.2.1. dresse la liste des thématiques de l'APSEF sélectionnées pour être incluses dans le Guide pédagogique et des modules correspondants dans ce dernier. Le tableau A.2.2 décrit les niveaux d'apprentissage requis, de l'apprenant novice au professionnel de santé expérimenté.

Qu'est-ce que l'*Australian Patient Safety Education Framework* ?

L'APSEF [1] a été élaboré en suivant une approche en 4 étapes : revue de la littérature : élaboration des domaines et thématiques d'apprentissage ; classification en domaines d'apprentissage ; et conversion en format basé sur les résultats. Une vaste consultation et un processus de validation ont été engagés en Australie et au niveau international. Publié en 2005, le cadre APSEF est un modèle simple, souple et accessible décrivant les connaissances, les compétences et les comportements nécessaires à tous les professionnels de santé pour garantir la sécurité des soins des patients. Il se compose de quatre niveaux de connaissances, compétences et comportements selon la position et la responsabilité clinique de la personne au sein du service de santé ou de l'organisation de soins. Le cadre vise à aider les organisations et les professionnels de santé à élaborer des curriculums et des programmes de formation. Le Guide pédagogique a été élaboré en s'appuyant sur le cadre APSEF.

Figure A.2.1. Structure de l'*Australian Patient Safety Education Framework*



Source : *National Patient Safety Education Framework*, Commonwealth of Australia, 2005 [1].

Domaines et thématiques d'apprentissage de l'*Australian Patient Safety Education Framework*

L'APSEF compte sept domaines (catégories) d'apprentissage et 22 thématiques d'apprentissage.
Le tableau A.2.1 décrit les modules du Guide pédagogique et leur lien avec l'APSEF.

Tableau A.2.1. Thématiques de l'APSEF et module du Guide pédagogique de l'OMS

Thématique de l'APSEF	Incluse dans curriculum	Module de l'OMS
Communiquer efficacement		
Impliquer les patients et leur entourage en tant que partenaires dans les soins	Oui	Module 8
Communiquer sur les risques	Oui	Module 6
Communiquer honnêtement avec les patients après un événement indésirable (annonce d'un dommage associé aux soins)	Oui	Module 8
Obtenir le consentement	Oui	Module 8
Se montrer respectueux à l'égard de la culture du patient et la connaître	Oui	Module 8
Identifier, prévenir et gérer les EIAS et les presque-accidents		
Reconnaître, déclarer et gérer les EIAS et les presque-accidents	Oui	Modules 6 et 7
Gérer les risques	Oui	Module 6
Comprendre les erreurs associées aux soins	Oui	Modules 1 et 5
Gérer les plaintes	Oui	Modules 6 et 8
Utiliser les preuves et les informations		
Utiliser les meilleures pratiques fondées sur les preuves disponibles	Oui	Modules 9, 10 et 11 (Utilisation des recommandations).
Utiliser les technologies de l'information pour améliorer la sécurité	Oui	Module 2
Travailler en toute sécurité		
Etre un membre d'équipe et faire preuve de leadership	Oui	Module 4
Comprendre les facteurs humains	Oui	Module 2
Comprendre les organisations complexes	Oui	Module 3
Assurer la continuité des soins	Oui	Modules 1 et 8
Gérer la fatigue et le stress	Oui	Modules 2 et 6
Faire preuve d'éthique		
Maintenir l'aptitude à travailler ou exercer	Oui	Module 6
Comportement et pratique éthiques	Oui	Modules 1 et 6
Formation continue		
Etre un apprenant sur le lieu de travail	Oui	Couverte indirectement dans les modules 4 et 8
Etre un enseignant sur le lieu de travail	Oui	Couverte indirectement dans dans le module 4
Problématiques spécifiques		
Prévention des erreurs de traitement, de patient, de procédure et de site	Oui	Module 10
Sécurité des médicaments	Oui	Module 11
Lutte contre les infections (sujet non couvert dans l'APSEF)	Oui	Module 9

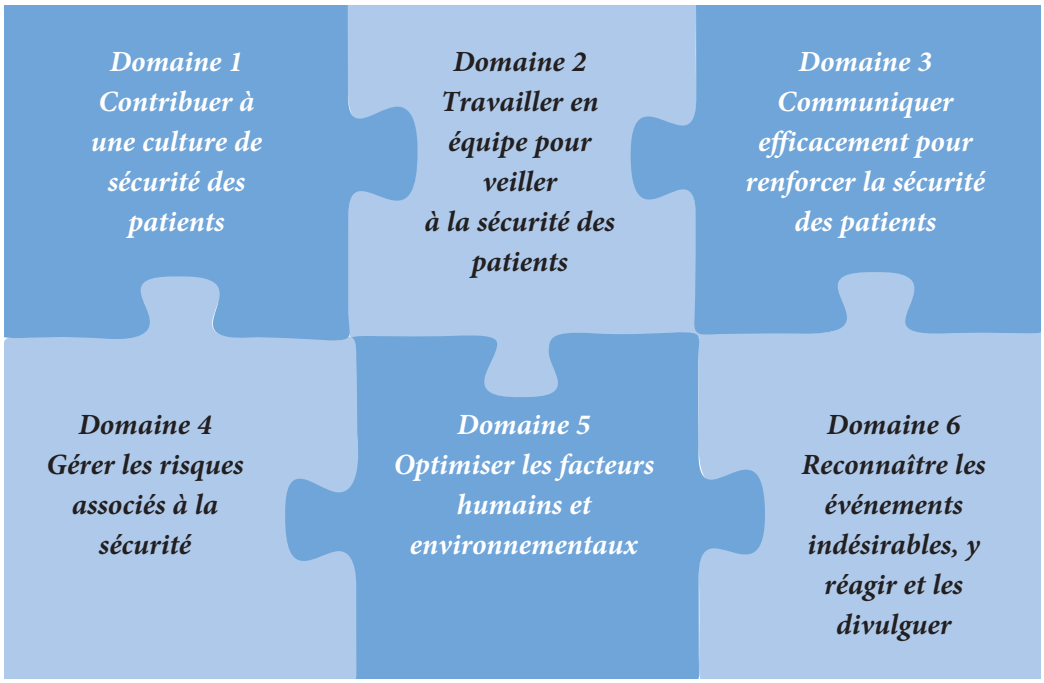
Les trois phases principales de l'élaboration du contenu et de la structure du cadre APSEF ont été les suivantes :

1. la revue initiale des connaissances et la définition des grands axes du cadre ;

2. des recherches supplémentaires sur le contenu et l'assignation de connaissances, compétences, comportements et attitudes ;
3. l'élaboration d'un format basé sur les résultats.

Depuis la publication de l'*Australian Patient Safety Education Framework* en 2005, le Canada a également produit un cadre intitulé *Les compétences liées à la sécurité des patients - L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé* en 2009 [2]. A l'instar de l'approche australienne, il s'agit d'un cadre de sécurité des patients interprofessionnel, pratique et utile, qui identifie les connaissances, les compétences et les attitudes requises de tous les professionnels de la santé.

Figure A.2.2. Le cadre canadien
Les compétences liées à la sécurité des patients – L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé



Source : *Les compétences liées à la sécurité des patients*, Institut canadien pour la sécurité des patients, 2009 [2].

Étape 1 –Revue des connaissances et définition des grands axes du cadre australien

Une recherche a été réalisée afin d'identifier le corpus de connaissances disponibles sur la sécurité des patients (comme indiqué dans la section suivante). La littérature, les ouvrages, les rapports, les programmes de formation et les sites Internet identifiés ont ensuite été passés en revue afin d'identifier les principales activités liées à la sécurité des patients ayant eu un effet positif sur la qualité et la sécurité. Puis ces activités ont été regroupées en catégories appelées « domaines d'apprentissage ». Chaque domaine d'apprentissage a été analysé et subdivisé en sujets majeurs, dénommés « thématiques d'apprentissage ». Voir la description détaillée du processus de revue de la littérature et de la structure du contenu du cadre australien ci-dessous.
La justification de l'inclusion de chaque domaine et thématique d'apprentissage est intégrée dans le corps du cadre australien et est résumée ci-après.

Étape 2 –Recherches supplémentaires sur le contenu et l'assignation de connaissances, compétences, comportements et attitudes

Chaque thématique d'apprentissage a fait l'objet d'une recherche plus approfondie, incluant des termes supplémentaires tels que éducation, programmes, formation, événements indésirables, erreurs, et organisation/institution/établissement de soins/service de santé. Les auteurs ont dressé la liste de toutes les activités (connaissances, compétences, comportements et attitudes) correspondant à chaque thématique jusqu'à ce qu'aucune activité supplémentaire ne puisse être identifiée et que toutes les sources soient épuisées. Cette liste a ensuite fait l'objet d'un tri en fonction du caractère pratique des activités et afin d'éliminer les doublons et redondances. Puis les activités ont été réparties dans les domaines de connaissances, de compétences et de comportements.

La dernière tâche de cette étape a consisté à affecter à chaque activité le niveau approprié correspondant au degré de responsabilité des professionnels de santé.

Le Niveau 1 (les fondamentaux) identifie les connaissances, les compétences, les comportements et les attitudes que chaque professionnel de santé devrait posséder ou adopter.

Le Niveau 2 est destiné aux professionnels de santé qui prodiguent des soins cliniques directs aux patients et travaillent sous supervision, et aux personnes ayant de hautes responsabilités cliniques et/ou des responsabilités de gestion et d'encadrement.

Le Niveau 3 s'adresse aux professionnels de santé qui ont des responsabilités de gestion ou d'encadrement ou aux cliniciens expérimentés ayant de hautes responsabilités cliniques.

Le Niveau 4 (organisationnel) identifie les connaissances, les compétences, les comportements et les attitudes requis pour les responsables cliniques et administratifs ayant des responsabilités organisationnelles. Ce dernier niveau ne s'inscrit pas dans l'apprentissage progressif que supposent les trois niveaux précédents.

Les domaines et thématiques d'apprentissage ont été approuvés par le Groupe de référence et le Comité de pilotage du projet APSEF. Une vaste consultation de l'ensemble du système de santé et de la communauté de la santé en Australie, et au niveau international, est venue compléter le processus de revue et d'approbation des domaines et thématiques d'apprentissage et de leur contenu.

Le tableau A.2.2 présente les résultats de cette étape. Cet exemple est tiré du Module 8 : *S'impliquer avec les patients et leur entourage.*

Tableau A.2.2. Contenu de la matrice APSEF

	Niveau 1 (Fondamentaux) *Pour les catégories 1–4 professionnels de santé*	Niveau 2 *Pour les catégories 2 et 3 professionnels de santé*	Niveau 3 *Pour la catégorie 3 professionnels de santé*	Niveau 4 (Organisationnel) *Pour la catégorie 4 chefs d'équipe médicale*
Objectifs d'apprentissage	Fournir aux patients et à leur entourage d'inclure les informations dont ils ont besoin quand ils en ont besoin	Utiliser une bonne communication et connaître son rôle dans l'efficacité des relations en santé	Maximiser les opportunités pour le personnel d'impliquer les patients et leur entourage dans leurs soins et leur traitement	Élaborer des stratégies permettant au personnel d'impliquer les patients et leur entourage dans la planification des services de soins
Connaissances				
Compétences				
Comportements et attitudes				

Étape 3–Élaboration d'un format basé sur les résultats

Une fois les connaissances, les compétences et les comportements décrits pour chaque niveau de professionnel de santé, les activités ont été traduites dans un format basé sur les résultats qui tire pleinement partie de la nature modulaire du cadre australien. La consultation la plus vaste s'est déroulée lors de cette phase de l'élaboration du cadre. Des professionnels de santé (infirmier/ères, médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, dentistes et autres) ont été interrogés sur les aspects de chaque connaissance pratique du cadre et la version intégrale du document a été distribuée au sein du secteur de la santé australien pour recueillir les commentaires des professionnels de santé. Des experts internationaux sont également intervenus dans le processus de validation.

Modules du Guide pédagogique de l'OMS

1. Qu'est-ce que la sécurité des patients ?
2. Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients

3. Comprendre l'organisation des systèmes et l'effet de la complexité sur les soins en santé
4. Etre un membre efficace en équipe
5. Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages
6. Comprendre et gérer les risques cliniques
7. Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins
8. S'impliquer avec les patients et leur entourage
9. Contrôle et prévention des infections
10. Sécurité des patients et procédures invasives
11. Améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse

Justification de chaque module du Guide pédagogique

Les professionnels de santé chargés d'enseignement ne comprendront peut-être pas immédiatement pourquoi certaines thématiques figurent dans les modules de ce Guide pédagogique. Il est possible qu'ils enseignent déjà certains de ces modules sans qu'ils entrent toutefois dans la catégorie « sécurité des patients ». Peut-être constateront-ils également que bon nombre des principes et concepts traités dans ce Guide pédagogique sont similaires à du matériel pédagogique existant, mais qu'ils y sont abordés sous un angle différent. L'importance de chaque thématique dans l'apprentissage des étudiants en santé est décrite ci-dessous.

Module 1 : Qu'est-ce que la sécurité des patients ?

Ce module explique les fondements de la sécurité des patients dont les professionnels sont tenus d'intégrer les principes et concepts dans leur pratique quotidienne. En 2002, à l'occasion de l'Assemblée mondiale de la Santé, les États membres de l'OMS ont adopté une résolution sur la sécurité des patients reconnaissant, d'une part, la nécessité de réduire les dommages causés aux patients et à leurs familles ainsi que leur souffrance, et, d'autre part, les preuves irréfutables des avantages économiques liés à l'amélioration de la sécurité des patients. Les études montrent que les hospitalisations supplémentaires, les frais de litige, les infections nosocomiales, la perte de revenus, les dépenses associées à une invalidité et les frais médicaux coûtent à certains pays entre 6 milliards et 29 milliards USD par an [3, 4].

De nombreux pays ont publié des études mettant en évidence des preuves irréfutables que les soins de santé causent des dommages à un grand nombre de patients, qui conduisent à des séquelles permanentes, des durées d'hospitalisation plus longues dans les établissements de soins ou même entraînent la mort. Au cours des dix dernières années, nous avons appris que les événements indésirables associés aux soins ne résultaient pas d'actes délibérés de malveillance. Ils sont au contraire bien davantage en relation avec la complexité des systèmes de santé actuels, en particulier dans les pays développés, dans lesquels le traitement et le résultat pour chaque patient dépendent d'un grand nombre de facteurs, et pas seulement des compétences de chaque professionnel de santé. Lorsqu'autant de professions de santé (médecins, infirmier(ère)s, pharmaciens, sages-femmes et chirurgiens-dentistes) sont impliquées, il est très difficile de garantir des soins sans risque, à moins que le système de santé ne soit conçu pour faciliter la compréhension et les échanges opportuns et exhaustifs d'informations par tous les professionnels de santé.

De la même façon, dans les pays en développement, la conjonction de nombreux facteurs défavorables tels que le manque de personnel, les structures inadéquates et surchargées, la pénurie de produits de santé et d'équipements de base et les mauvaises conditions d'hygiène, tous facteurs imputables à des ressources financières limitées, contribuent aux risques associés aux soins.

Module 2 : Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients

Les facteurs humains sont le domaine d'expertise des ingénieurs et psychologues cognitifs. Cette thématique est à la fois une gageure pour le corps enseignant et un défi pour les étudiants en profession de santé. Nous vous recommandons d'inviter une personne qualifiée spécialisée dans le domaine à faire une présentation devant les étudiants. On entend par facteurs humains, ingénierie ou ergonomie la science des relations entre les personnes, leurs outils et l'environnement au sein duquel elles vivent et travaillent [4]. La science des facteurs humains aidera les étudiants à comprendre comment à partir de l'analyse du fonctionnement des personnes dans différentes circonstances, il est possible de fabriquer des dispositifs et concevoir des systèmes qui améliorent leur performance. Cette discipline couvre les interactions entre les personnes et les machines et les interactions interpersonnelles telles que la communication, le travail en équipe et la culture organisationnelle.

D'autres secteurs d'activité tels que l'aviation, l'industrie manufacturière et l'armée appliquent avec succès leur connaissance des facteurs humains pour améliorer les systèmes et les services. Les étudiants ont besoin de comprendre comment la prise en compte des facteurs humains peut réduire les événements indésirables associés aux soins et les erreurs en identifiant comment et pourquoi des défaillances systémiques se produisent et comment et pourquoi des défauts de communication surviennent entre plusieurs personnes. Une approche centrée sur

les facteurs humains peut contribuer à améliorer l'interface individu/système en proposant des organisations et des processus mieux conçus. Il s'agit souvent de simplifier les processus, de standardiser les procédures, de fournir un dispositif de récupération en cas d'erreur humaine, d'améliorer la communication, de repenser la conception du matériel et de susciter une prise de conscience des limites technologiques, organisationnelles et comportementales qui conduisent à l'erreur.

Module 3 : Comprendre l'organisation des systèmes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

Ce module présente aux étudiants le concept selon lequel un système de santé n'est pas un système unique mais se compose de nombreux systèmes englobant des organisations, départements, unités, services et salles de soins. Les innombrables relations entre les patients, leur entourage, les professionnels de santé, les équipes support, les administrateurs, les économistes et les membres de la collectivité, ainsi que les relations entre les différents services, de santé ou autres, ne font qu'ajouter à cette complexité. Ce module permet aux étudiants de comprendre les bases de l'utilisation d'une approche systémique au sein d'organisations complexes. Les enseignements tirés d'autres secteurs d'activité sont utilisés pour montrer aux étudiants les avantages de l'approche systémique.

S'ils adoptent une pensée « *systémique* », les étudiants pourront mieux discerner les raisons des défaillances et se fonderont sur un contexte pour réfléchir aux « *solutions* ». Les étudiants en santé ont besoin de comprendre qu'en tant que professionnels de santé exerçant dans un hôpital ou en cabinet médical, ils feront de leur mieux pour traiter et soigner leurs patients, mais qu'ils ne parviendront pas à eux seuls à fournir un service de qualité en toute sécurité. Les patients dépendent en effet d'un ensemble de personnes qui doivent toutes agir de la bonne manière, au bon moment. En clair, ils dépendent d'un système de santé.

Module 4 : Etre un membre efficace en équipe

Pour les étudiants, comprendre le travail en équipe ne se limite pas à s'identifier à l'équipe de professionnels de santé qui exerce le même métier qu'eux. Ils doivent également connaître les avantages des équipes pluridisciplinaires et savoir comment ces équipes, lorsqu'elles sont efficaces, contribuent à améliorer les soins et à réduire les erreurs. Une équipe efficace est une équipe dont les membres, patient inclus, communiquent les uns avec les autres et partagent leurs observations, leur expertise et leurs responsabilités en matière de prise de décision afin d'optimiser les soins aux patients [5].

La dispersion des responsabilités cliniques et professionnelles entre les différents membres de l'équipe soignante peut compliquer la nécessaire communication et la circulation des informations entre les professionnels de santé et les patients. Les patients peuvent alors être amenés à devoir répéter les mêmes informations à plusieurs professionnels ; plus important encore, les défauts de communication ont également été associés à des retards de diagnostic, de traitement et de sortie de l'hôpital, ainsi qu'à l'absence de suivi de résultats d'analyses [8–12].

Les étudiants doivent savoir comment fonctionnent les équipes soignantes efficaces et connaître les techniques permettant d'inclure les patients et leur famille au sein de l'équipe. Des données montrent que les équipes multidisciplinaires permettent d'améliorer la qualité des services et de réduire les coûts [13–15]. Il a également été prouvé qu'un bon travail en équipe contribue à réduire les erreurs et à améliorer les soins dispensés aux patients, en particulier ceux qui présentent une maladie chronique [16–18]. Les connaissances de base requises pour devenir un membre efficace de l'équipe sont présentées dans ce module. Toutefois, ces connaissances ne suffiront pas à elles seules à faire d'un étudiant un bon membre d'équipe. Il a besoin de comprendre la culture de son lieu de travail et son incidence sur la dynamique et le fonctionnement de l'équipe.

Module 5 : Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages

Il est nécessaire de comprendre pourquoi les professionnels de santé font des erreurs pour apprécier comment des systèmes mal conçus, entre autres facteurs, sont à l'origine d'erreurs dans le système de santé. Si les erreurs sont une réalité de la vie, pour autant leurs conséquences sur le bien-être des patients et le personnel peuvent s'avérer dévastatrices. Les professionnels de santé comme les étudiants doivent comprendre comment et pourquoi des défaillances de système se produisent et pourquoi des erreurs surviennent, afin de pouvoir prendre des mesures pour les prévenir et en tirer des enseignements. La compréhension des erreurs en santé sert aussi de base pour réaliser des améliorations et mettre en œuvre des systèmes de déclaration efficaces [3]. Les étudiants apprendront qu'une approche systémique des erreurs, visant à comprendre tous les facteurs sous-jacents impliqués, est plus efficace qu'une approche culpabilisante qui se focalise sur la personne ayant fait l'erreur. Dans son article de référence publié en 1994, Lucian Leape présentait une méthode d'examen des erreurs en santé axée sur l'apprentissage et la résolution des erreurs plutôt que sur la culpabilisation des personnes

impliquées [19]. Bien que son message ait profondément marqué de nombreux professionnels de santé, beaucoup restent encore figés dans une culture de la faute. Il est primordial que les étudiants comprennent, dès le début de leur carrière, la différence entre l'approche de culpabilisation et l'approche systémique.

Module 6 : Comprendre et gérer les risques cliniques

La gestion des risques cliniques consiste principalement à maintenir la sécurité dans les systèmes de santé. Elle implique habituellement un certain nombre de systèmes ou de processus organisationnels destinés à identifier, gérer et prévenir les résultats indésirables. La gestion des risques cliniques vise à améliorer la qualité et la sécurité des prestations de santé, en identifiant les circonstances qui exposent les patients à un risque de dommage et en agissant pour prévenir ou maîtriser ces risques. Tous les niveaux de l'organisation participent à la gestion des risques. Il est donc essentiel que les étudiants comprennent les objectifs et la pertinence des stratégies de gestion des risques cliniques sur leur lieu de travail. Gérer les plaintes et mettre en œuvre des améliorations, comprendre les principaux types d'événements indésirables associés aux soins connus, dans l'hôpital ou le centre de soins, susceptibles de conduire à des événements indésirables, savoir comment utiliser les informations contenues dans les plaintes, les rapports sur les EIAS, les litiges, les rapports des médecins légistes et les rapports d'amélioration de la qualité pour contrôler les risques [20] sont autant d'exemples de stratégies de gestion des risques cliniques.

Module 7 : Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins

Au cours des 10 dernières années, le secteur de la santé a adopté avec succès plusieurs méthodes d'amélioration de la qualité utilisées dans d'autres secteurs d'activité. Ces méthodes offrent aux professionnels de santé les outils pour : i) identifier un problème ; ii) le mesurer ; iii) élaborer une série d'interventions visant à le régler ; et iv) évaluer si les interventions ont fonctionné. Des leaders d'opinion en médecine, tels que Tom Nolan, Brent James, Don Berwick et d'autres, ont appliqué les principes d'amélioration de la qualité afin d'élaborer des méthodes d'amélioration de la qualité destinées aux cliniciens et responsables de services de santé. L'identification et l'examen de chaque étape du processus de dispensation des soins constituent le fondement même de cette méthodologie. C'est en examinant chaque étape du processus de soins que les étudiants perçoivent comment les différents éléments de soins s'imbriquent et comment ils peuvent être mesurés. Évaluer est primordial pour l'amélioration de la sécurité. Ce module présente aux étudiants les principes de la théorie de l'amélioration ainsi que les outils, les activités et les techniques pouvant être intégrés dans leur pratique.

Module 8 : S'impliquer avec les patients et leur entourage

Les étudiants se familiarisent ici avec le concept selon lequel les équipes soignantes incluent le patient et/ou son entourage et que ces derniers ont un rôle majeur à jouer pour garantir la sécurité des soins en : i) aidant à poser le diagnostic ; ii) prenant des décisions relatives aux traitements appropriés ; iii) choisissant un professionnel expérimenté et sûr ; iv) veillant à ce que les traitements sont correctement administrés ; et v) identifiant les EIAS et prenant les mesures appropriées [21, 22]. Le système de santé n'exploite pas suffisamment l'expertise que les patients peuvent apporter, et notamment la connaissance qu'ils ont de leurs symptômes, douleurs, préférences et attitudes vis-à-vis du risque. Ils apportent un autre point de vue en cas d'imprévu. Ils peuvent signaler à un(e) infirmier(ère), un médecin, un pharmacien ou un autre professionnel de santé que le médicament qu'ils sont sur le point de recevoir n'est pas celui qu'ils prennent habituellement, ce qui indique à l'équipe que des vérifications s'imposent.

Les recherches ont montré que le nombre d'erreurs diminue et les résultats thérapeutiques s'améliorent lorsque la communication entre les patients et les professionnels de santé est bonne et lorsque les patients sont totalement informés et éduqués sur leur traitement et leurs médicaments [23–30]. Une mauvaise communication entre les professionnels de santé, les patients et leur entourage est aussi devenue un motif habituel de poursuites judiciaires intentées par les patients à l'encontre de leurs professionnels de santé [31, 32].

Module 9 : Contrôle et prévention des infections

Dans la mesure où la prévention et la lutte contre les infections constituent un problème mondial et où l'OMS s'efforce de réduire les infections associées aux soins, il a été jugé important d'inclure cette thématique dans le Guide pédagogique, non seulement pour une question de cohérence, mais aussi parce que les infections associées aux soins comptent, avec la chirurgie et les médicaments, pour une bonne part des événements indésirables dont souffrent les patients. Le plan de lutte contre les infections dans les établissements de soins est désormais bien formalisé. Les infections associées aux soins sont une cause majeure de décès et d'incapacité dans le monde. Il existe de nombreuses recommandations pour aider les médecins, les infirmier(ère)s, les dentistes et autres professionnels de santé à réduire les risques de contamination croisée.

On sait que les patients qui ont une intervention chirurgicale ou une procédure invasive sont particulièrement sensibles aux infections et qu'ils représentent près de 40 % des infections associées aux soins. Ce module décrit les principaux types et causes d'infections, afin de permettre aux étudiants d'identifier les activités exposant les patients à un risque d'infection et de les préparer à prendre les mesures appropriés pour en prévenir la transmission.

Module 10 : Sécurité des patients et procédures invasives

En reconnaissant les dommages inacceptables causés par la chirurgie, l'OMS a mené avec succès des campagnes visant à réduire les événements indésirables associés aux actes invasifs. Les défauts de communication entre professionnels de santé dans les procédures préopératoires (vérifications ou processus inadaptés) constituent l'une des causes principales d'erreurs de patient, de site et de procédure. Citons quelques exemples d'erreurs de ce type : (i) mauvais patient dans la salle d'opération ; (ii) intervention pratiquée du mauvais côté ou sur le mauvais site ; (iii) intervention inappropriée ; (iv) absence de communication sur l'évolution de l'état du patient ; (v) désaccords quant à l'arrêt de la procédure ; et (vi) absence de déclaration des erreurs.

Afin de limiter les erreurs d'identification, il est nécessaire d'élaborer des recommandations de meilleures pratiques visant à garantir que le bon patient reçoive le bon traitement [7, 33]. Les étudiants apprendront à mesurer l'importance de respecter systématiquement, pour tous les patients, les protocoles et procédures visant à garantir qu'il s'agit du bon site, de la bonne procédure et du bon patient. Cet apprentissage inclut les avantages découlant de l'utilisation des check-lists ou protocoles ainsi que la connaissance des principes en faveur d'une approche uniforme de traitement et de soins des patients.

Une étude sur les chirurgiens de la main a révélé que 21 % des chirurgiens interrogés (n = 1 050) ont admis avoir opéré le mauvais site au moins une fois au cours de leur carrière [34].

Module 11 : Améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse

Un effet indésirable médicamenteux est défini par l'OMS [35] comme toute réponse nocive et non voulue, et peut survenir à des doses utilisées à des fins prophylactiques, diagnostiques ou thérapeutiques. Les patients sont vulnérables aux erreurs survenant lors des nombreuses étapes impliquées dans la prescription, la dispensation et l'administration d'un médicament.

Des études réalisées dans de nombreux pays ont mis en évidence les erreurs médicamenteuses et ont montré qu'un événement indésirable associé à l'administration de médicaments survient dans environ 1 % des hospitalisations [36]. Les causes des erreurs médicamenteuses incluent de nombreux facteurs, dont : (i) une connaissance inadéquate des patients et de leur état clinique ; (ii) une connaissance inadéquate des médicaments ; (iii) des erreurs de calcul ; (iv) une écriture illisible sur les ordonnances ; (v) une confusion concernant le nom d'un médicament ; et (vi) un mauvais recueil des antécédents [37].

Références

1. Walton MM *et al.* Developing a national patient safety education framework for Australia. *Quality & Safety in Health Care*, 2006, 15:437–442.
2. *The Safety Competencies*, *First Edition* (revised August 2009*)*. Toronto, Canadian Patient Safety Institute, 2009 (http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/education/safetyCompetencies/Documents/Safety%20Competencies.pdf ; consulté le 11 mars 2011).
3. Chief Medical Officer. *An organisation with a memory. Report of an expert group on learning from adverse events in the National Health Service*. London, Department of Health, 1999.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
5. Greiner AC, Knebel E, eds. *Health professions education: a bridge to quality*. Washington, DC, National Academy Press, 2003.
6. Gerteis M *et al. Through the patient's eyes: understanding and promoting patient centred care*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1993.
7. Chassin MR, Becher EC. The wrong patient. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:826–833.
8. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Junior doctors making mistakes. *Lancet*, 1998, 351:804–805.
9. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. *Young doctors: work, health and welfare. A class cohort 1986–1996*. London, Department of Health Research and Development Initiative on Mental Health of the National Health Service Workforce, 1998.
10. Anderson ID *et al.* Retrospective study of 1000 deaths from injury in England and Wales. *British Medical Journal*, 1988, 296:1305–1308.
11. Sakr M *et al.* Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999, 354:1321–1326.

12. Guly HR. Diagnostic errors in an accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 2001, 18:263–279.
13. Baldwin D. Some historical notes on interdisciplinary and interpersonal education and practice in health care in the US. *Journal of Interprofessional Care*, 1996, 10:173–187.
14. Burl JB *et al.* Geriatric nurse practitioners in long term care: demonstration of effectiveness in managed care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46(4):506–510.
15. Wagner EH *et al.* Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001, 27:63–80.
16. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal*, 2000, 320:569–572.
17. Silver MP, Antonow JA. Reducing medication errors in hospitals: a peer review organisation collaboration. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2000, 26:332–340.
18. Weeks WB *et al.* Using an improvement model to reduce adverse drug events in VA facilities. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001, 27:243–254.
19. Leape LL. Error in medicine. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:1851-1857.
20. Walshe K. The development of clinical risk management. In: Vincent C, ed. *Clinical risk management: enhancing patient safety*, 2nd ed. London, British Medical Journal Books, 2001:45–61.
21. Vincent C, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:76– 80.
22. National Patient Safety Agency. *Seven steps to patient safety: your guide to safer patient care*. London, NPSA, 2003 (http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/ ; consulté le 16 février 2011).
23. Coiera EW, Tombs V. Communication behaviours in a hospital setting: an observational study. *British Medical Journal*, 1998, 316:673–676.
24. Clinical Systems Group, Centre for Health Information Management Research. *Improving clinical communications*. Sheffield, University of Sheffield, 1998.
25. Lingard L *et al.* I. Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension and implications for novices. *Academic Medicine*, 2002, 77:232–237.
26. Gosbee J. Communication among health professionals. *British Medical Journal*, 1998, 317:316–642.
27. Parker J, Coeiro E. Improving clinical communication: a view from psychology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2000, 7:453–461.
28. Smith AJ, Preston D. Communications between professional groups in a National Health Service Trust hospital. *Journal of Management in Medicine*, 1669, 10:31–39.
29. Britten N *et al.* Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *British Medical Journal*, 2000, 320:484–488.
30. Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE Jr. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 1985, 102:520–528.
31. Lefevre FV, Wayers TM, Budetti PP. A survey of physician training programs in risk management and communication skills for malpractice prevention. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 2000, 28:258-266.
32. Levinson W *et al.* Physician–patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of the American Medical Journal*, 1997, 277:553–559.
33. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). *Guidelines for implementing the universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure and wrong person surgery*. Chicago, JCAHO, 2003.
34. Meinberg EG, Stern PJ. Incidence of wrong site surgery among hand surgeons. *Journal of Bone & Joint Surgery*, 2003;85:193–197.
35. World Health Organization. International drug monitoring–the role of the hospital. A WHO Report. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 1970, 4:101–110.
36. Runciman WB *et al.* Adverse drug events and medication errors in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15 (Suppl. 1):S49–S59.
37. Smith J. *Building a safer NHS for patients: improving medication safety*. London, Department of Health, 2004.

3. Objectifs du Guide pédagogique

La vitesse à laquelle les nouvelles technologies, et notamment les médicaments, sont intégrés dans les traitements témoigne bien de l'évolution constante du secteur de la santé, qui se traduit à son tour par des changements dans la nature du travail ou des tâches réalisés par les différents professionnels de santé. Dans certains pays, les infirmier(ère)s prescrivent des médicaments et le personnel non médical réalise des actes mineurs. Indépendamment du niveau de richesse d'un pays, les concepts et principes de la sécurité des patients s'appliquent quels que soient le type de professionnel de santé, le lieu où les soins sont dispensés et le type de patients. Certains pays en développement ne disposent pas de ressources de santé adéquates, mais si la pénurie de personnel expose davantage les environnements de soins aux soins à risque et de moindre qualité, cela ne signifie pas pour autant que les professionnels de santé ne peuvent pas en améliorer la sécurité. Bien que très importants, le renforcement des effectifs et l'augmentation des ressources ne constituent pas les premiers remèdes pour réduire les dommages aux patients. Ce Guide pédagogique s'adresse à tous les étudiants en santé, indépendamment des ressources disponibles dans leur établissement. Néanmoins, l'environnement dans lequel l'étudiant en santé sera placé et travaillera une fois diplômé est important pour l'enseignement. Il est nécessaire de tenir compte du contexte du lieu de travail pour apporter de l'authenticité à l'expérience d'apprentissage et préparer les étudiants à l'environnement professionnel qu'ils intégreront.

Les objectifs du Guide pédagogique sont les suivants :

- préparer les étudiants en santé à une pratique sûre sur le lieu de travail ;
- informer les écoles et universités médicales et paramédicales des principales thématiques en matière de sécurité des patients ;
- renforcer la place accordée à la sécurité des patients en tant que thème développé tout au long des curriculums des professions de santé ;
- fournir un curriculum complet pour aider à enseigner la sécurité des patients et en intégrer l'apprentissage ;
- renforcer les capacités des formateurs en sécurité des patients dans l'éducation des professionnels de santé ;
- promouvoir un environnement sûr et favorable pour enseigner la sécurité des patients aux étudiants ;
- introduire ou renforcer l'éducation à la sécurité des patients dans toutes les écoles et universités médicales et paramédicales du monde ;
- promouvoir l'enseignement et l'apprentissage de la sécurité des patients au niveau international ;
- favoriser la collaboration internationale en matière de recherche sur l'éducation à la sécurité des patients dans l'enseignement supérieur.

Principes sous-jacents

Le renforcement des capacités fait partie intégrante du changement de curriculum

La raison principale ayant motivé l'OMS à s'engager dans ce projet était de contribuer au développement de l'éducation à la sécurité des patients dans le secteur de la santé. Pour satisfaire aux nouvelles exigences de l'éducation des professionnels de santé, les écoles et universités médicales et paramédicales se doivent de renforcer et d'intégrer l'apprentissage de la sécurité des patients dans les curriculums des différentes professions de santé. Cela constitue, pour nombre d'entre elles, un défi car l'éducation et la formation du corps enseignant aux concepts et principes de la sécurité des patients restent limitées. On ne peut pas attendre de ce dernier qu'il élabore de nouveaux curriculums ou reconsidère les curriculums existants s'il ne connait pas les exigences de la discipline de la sécurité des patients.

Les formateurs en santé viennent de nombreux horizons différents (cliniciens, enseignants cliniciens, enseignants non cliniciens, responsables, professionnels de santé) et la somme de leurs expériences est nécessaire pour offrir un programme rigoureux quelle que soit la profession de santé. Beaucoup sont des spécia-

listes de leur propre discipline et se tiennent généralement au fait des dernières actualités en utilisant les canaux professionnels reconnus dans leur domaine. Les connaissances relatives à la sécurité des patients requièrent un apprentissage supplémentaire qui sort de ces voies traditionnelles. Pour enseigner efficacement la sécurité des patients, les professionnels de santé doivent disposer des connaissances, outils et compétences nécessaires pour mettre en œuvre l'éducation à la sécurité des patients dans leurs écoles et universités. C'est la raison pour laquelle un Guide du formateur (Partie A) a été élaboré pour compléter le Guide pédagogique. Il fournit des informations et conseils pratiques pour chaque étape de l'élaboration et de la refonte d'un curriculum, de l'évaluation des capacités au perfectionnement du personnel en passant par la conception et la mise en œuvre du programme.

Un curriculum flexible pour répondre aux besoins individuels

Nous sommes conscients que le curriculum de la plupart des cursus d'études en santé est déjà surchargé. C'est pourquoi nous avons élaboré chaque thématique comme un module autonome, afin d'offrir une certaine latitude dans la mise en œuvre de l'éducation à la sécurité des patients. Les modules sont également pensés pour pouvoir être intégrés dans les curriculums existants, en particulier dans les parties traitant de la relation médecin–patient. Chacun d'eux a un contenu suffisant pour une session pédagogique d'une durée de 60–90 minutes, et propose diverses idées et méthodes d'enseignement et d'évaluation. Cela offre la possibilité aux enseignants d'adapter les supports à leurs propres besoins, à leur contexte et aux ressources disponibles. Il n'y a aucune obligation de suivre à la lettre le schéma fourni. Les enseignants doivent tenir compte de la culture et de l'environnement locaux et des expériences d'apprentissage des étudiants, puis choisir la méthode d'enseignement qui convient le mieux pour le contenu choisi.

Un langage accessible pour un public ciblé mais mondial

Le Guide du formateur (Partie A) du Guide pédagogique est écrit à l'intention des enseignants (des personnes qui ont la capacité d'introduire ou de renforcer l'éducation à la sécurité des patients à différents niveaux), tandis que le Guide pédagogique (Partie B : Modules) est destiné aux formateurs et aux étudiants. Le Guide pédagogique a été conçu pour s'adresser à un public mondial et rédigé dans un langage facile à comprendre pour les personnes ayant le français comme langue maternelle ou deuxième langue.

Un guide pédagogique pour tous les pays, toutes les cultures et tous les contextes

Aucun effort n'a été ménagé pour veiller à ce que le contenu de ce Guide pédagogique tienne compte de la grande diversité de contextes d'enseignement et d'apprentissage dans lesquels les formateurs et étudiants en santé évoluent. Un Groupe d'experts, représentant toutes les régions de l'OMS, l'a évalué afin de s'assurer de son adéquation culturelle. Bien que certaines activités d'enseignement et suggestions pour les étudiants ne soient peut-être pas culturellement appropriées dans tous les pays, nous sommes conscients qu'il nous faut changer de nombreux aspects des soins cliniques dans chacun d'entre eux. La plupart des comportements professionnels jugés adéquats à une époque ne sont plus acceptables aujourd'hui si l'on prend en considération la sécurité des patients. Ainsi, le personnel, et notamment les infirmier(ère)s, les pharmaciens et les médecins débutants, sont désormais encouragés à s'exprimer lorsqu'ils voient une personne plus expérimentée, comme un médecin, sur le point de faire une erreur. Ce changement est universel et s'applique à toutes les cultures à des degrés divers. Selon les principes de sécurité des patients, chacun est responsable de la sécurité des patients et devrait se faire entendre, même lorsqu'il se situe à un niveau inférieur dans la hiérarchie hospitalière ou clinique. Les formateurs doivent se faire une opinion de l'environnement de soins et apprécier s'ils sont prêts et préparés à faire face aux défis qui accompagneront l'introduction de la culture sécurité des patients.

Les stratégies d'enseignement et d'évaluation ont été élaborées de manière à prendre en considération aussi bien la diversité des ressources disponibles que les différences liées à l'environnement, qui peuvent avoir trait au niveau de développement du pays (pays développé ou en développement) ou au lieu d'enseignement (salle de classe ou centre de simulation).

Un guide pédagogique basé sur l'apprentissage dans un environnement sûr et favorable

Nous sommes conscients que l'environnement d'apprentissage le plus propice pour les étudiants est un environnement sûr, favorable, exigeant et stimulant. La sécurité des patients s'apprend dans des lieux divers et variés –au lit des patients, dans les centres de soins et au sein de la collectivité, dans une pharmacie, dans des environnements simulés, et dans la salle de classe. Il est essentiel que les étudiants soient encouragés dans leur apprentissage et qu'ils ne se sentent pas humiliés ou inférieurs. Les activités contenues dans le Guide pédagogique sont conçues pour être mises en œuvre dans un environnement d'apprentissage encourageant où les étudiants n'hésitent pas à poser des questions, à exprimer ce qu'ils ne comprennent pas et à partager ce qu'ils comprennent de manière honnête et ouverte.

4. Structure du Guide pédagogique

Guide du formateur (Partie A)

Le Guide du formateur (Partie A) porte sur le renforcement des capacités en matière d'éducation à la sécurité des patients, de planification et de conception de programmes. Il suggère différentes façons d'aborder et de mettre en œuvre l'éducation à la sécurité des patients en utilisant le matériel présenté dans la Partie B. Dans la Partie A, nous essayons de guider le lecteur à travers plusieurs étapes importantes visant à faciliter et réussir la phase de mise en œuvre de l'élaboration du curriculum.

Modules du guide pédagogique (Partie B)

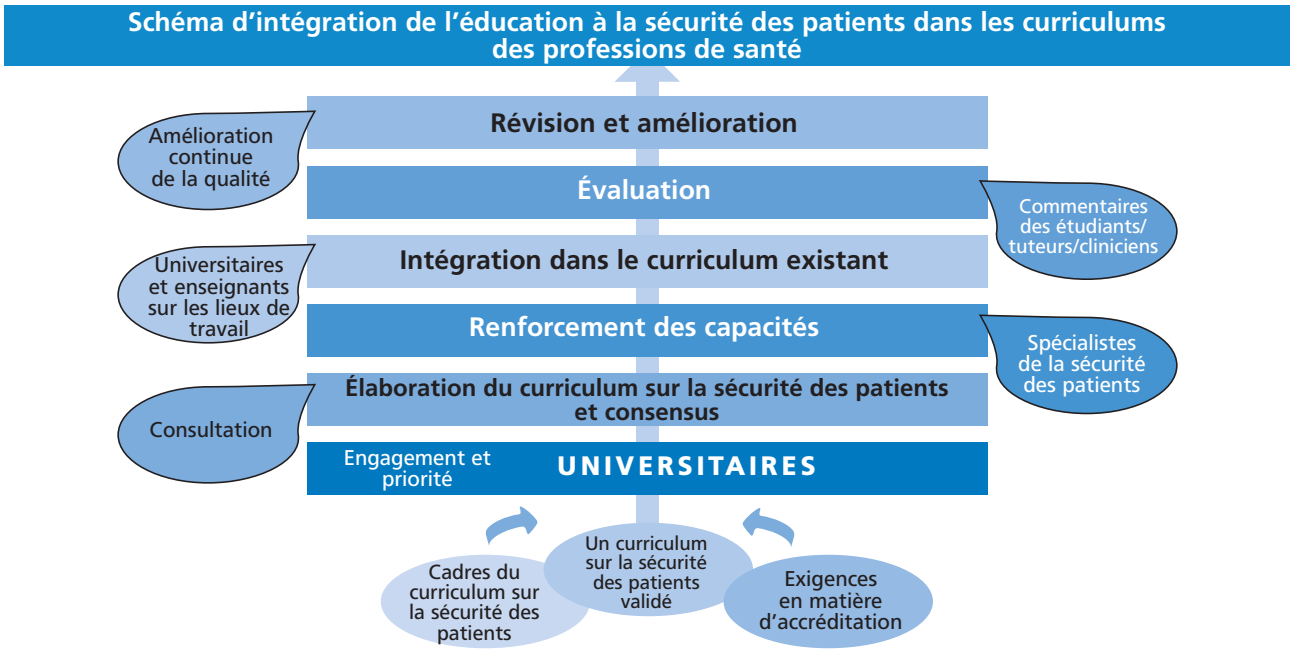
Les modules constituent le curriculum d'éducation à la sécurité des patients en tant que tel.

5. Mise en œuvre du Guide pédagogique

Comment utiliser ce Guide pédagogique

Ce Guide pédagogique fournit les ressources nécessaires pour enseigner la sécurité des patients aux étudiants en santé. Il identifie les modules à couvrir, comment les enseigner et comment évaluer les différents sujets abordés dans le curriculum. Des expériences de patients et des études de cas sont incluses au début et à la fin de chaque module. Ces cas peuvent être utilisés pour illustrer un aspect particulier du sujet traité. Nous sommes conscients que l'efficacité de l'apprentissage est meilleure lorsque les études de cas reflètent les expériences locales ; aussi nous encourageons les formateurs à modifier les cas de façon à ce qu'ils reflètent les expériences des professionnels de santé et les ressources disponibles localement. Ce Guide pédagogique s'adresse à tous les étudiants en santé. Les enseignants d'une filière professionnelle donnée devraient donc inclure, lorsque cela est possible, la littérature professionnelle pertinente pour renforcer l'apprentissage des étudiants. La Partie A de ce Guide pédagogique vise à aider le corps enseignant à se familiariser avec les concepts et principes de la sécurité des patients afin qu'ils puissent commencer à en intégrer l'apprentissage dans toutes les activités pédagogiques. Renforcer les capacités du corps enseignant et former le personnel nécessite du temps et de l'engagement. La Figure A.5.1 en décrit les principales étapes.

Figure A.5.1. Intégrer l'éducation à la sécurité des patients dans les curriculums des professions de santé



Source : fourni par Merrilyn Walton, Professeur, école de santé publique de Sydney, université de Sydney, Sydney, Australie, 2010.

Comment reconsidérer votre curriculum en y incluant l'apprentissage de la sécurité des patients

Identifier les objectifs d'apprentissage
Au début du processus d'élaboration ou de redéfinition du curriculum, il est important de commencer par identifier les objectifs d'apprentissage en matière de sécurité des patients. La Partie B contient les modules choisis pour ce Guide pédagogique ainsi que les objectifs d'apprentissage correspondants. Ces derniers sont examinés plus avant dans cette section (Partie A).

Connaître le contenu du curriculum actuel
Le terme « curriculum » désigne le vaste éventail des pratiques d'enseignement et d'apprentissage, incluant les stratégies de développement de compétences et de comportements, ainsi que l'utilisation des méthodes d'évaluation appropriées permettant de déterminer si les objectifs d'apprentissage ont été réalisés. Les étudiants sont guidés dans leur apprentissage par un curriculum qui définit les connaissances, compétences et comportements requis pour démontrer leurs aptitudes après l'obtention du diplôme de la profession de santé de leur choix.

Avant d'introduire du matériel nouveau dans un curriculum, il est important de connaître le contenu du curriculum existant, ainsi que les expériences des étudiants à l'hôpital et/ou dans d'autres environnements de travail. Il est possible que les étudiants reçoivent déjà une éducation à la sécurité des patients dans les hôpitaux et les centres de soins, sans que cela ne soit consigné par écrit. Le curriculum pourrait déjà couvrir certains aspects du Guide pédagogique sur la sécurité des patients, comme l'importance des protocoles pour l'hygiène des mains pour éviter la transmission des infections ou les systèmes de vérification visant à garantir la bonne identification du patient. Il est nécessaire d'obtenir un aperçu du matériel existant dans les curriculums concernés afin d'identifier les possibilités de renforcer l'enseignement de la sécurité des patients.

Le curriculum pour la sécurité des patients est décrit dans la Partie B de ce document. Nous avons identifié les modules, les ressources, les stratégies d'enseignement et les méthodes d'évaluation qui faciliteront l'introduction et l'intégration de l'enseignement de la sécurité des patients dans le curriculum.

S'appuyer sur le contenu du curriculum actuel
En ce qui concerne l'éducation à la sécurité des patients, une bonne approche consiste à compléter les parties existantes d'un curriculum plutôt que de considérer la sécurité des patients comme une nouvelle matière à enseigner. Certains éléments de la sécurité des patients sont nouveaux et viendront s'ajouter au curriculum actuel, mais de nombreux aspects peuvent être couverts en complétant ou en approfondissant une matière ou un sujet qui existe déjà.

Nous avons constaté que le fait de lister les modules ou domaines d'apprentissage qui figurent dans le curriculum existant peut aider à identifier les possibilités d'y inclure les concepts et principes de la sécurité des patients. Des domaines tels que le développement des compétences, le développement personnel et professionnel, le droit de la santé, l'éthique et la communication en santé conviennent parfaitement pour y aborder ces concepts et principes. Le Tableau A.5.1, proposé comme un exemple à suivre, est un modèle élaboré par la faculté de médecine de l'université de Sydney (Australie) afin de déterminer où l'enseignement de la sécurité des patients pourrait être intégré dans le curriculum des facultés de médecine.

Tableau A.5.1. Exercice de schématisation : identification du contenu relatif à la sécurité des patients dans le programme de formation en médecine existant

Session/ domaine du curriculum	Année	Où se trouve le contenu relatif à la sécurité des patients ?	Apprentissage potentiel de la sécurité des patients	Comment la sécurité des patients est-elle enseignée ?	Comment la sécurité des patients est-elle évaluée ?	Commentaires
Éthique	1	Respect de l'autonomie du patient	Honnêteté après un événement indésirable	Exposé	Dissertation sur l'éthique, questions à choix multiples (QCM), examen clinique objectif structuré (ECOS)	De nombreux principes de la sécurité reposent sur un fondement éthique qui peut être utilisé pour expliciter la leçon sur la sécurité des patients

Faire la carte de votre curriculum vous aidera aussi à identifier les possibilités d'intégrer les concepts de la sécurité des patients

Comment évaluer la capacité du corps enseignant à intégrer l'enseignement de la sécurité des patients dans le curriculum existant

La pénurie générale croissante d'enseignants sur les lieux de travail est l'un des plus grands problèmes auxquels toutes les professions de santé se voient confrontées. Rares sont ceux qui savent comment intégrer les principes et concepts de la sécurité des patients dans un enseignement structuré dans un domaine qui est nouveau et beaucoup n'en connaissent pas bien le contenu. De nombreux professionnels de santé adoptent intuitivement des méthodes de sécurité des patients dans leur pratique quotidienne, mais ne savent pas forcément comment articuler ce qu'ils font. Cela tient peut-être au fait qu'ils considèrent les débats sur les « systèmes » comme l'apanage des administrateurs et des responsables. D'autres pensent peut-être que l'enseignement de la sécurité des patients n'est pas important ou ne concerne pas leur domaine de pratique. Mais la sécurité des patients est l'affaire de tous. La plupart des professionnels de santé sont aujourd'hui conscients du fait que la sécurité des patients est une nécessité. Néanmoins, ce domaine étant nouveau dans le curriculum, le premier défi auquel vous serez confronté sera de mobiliser les professionnels de santé. Le renforcement des capacités du corps enseignant peut prendre du temps. Plusieurs étapes peuvent toutefois être suivies pour amener les cliniciens à s'impliquer dans l'enseignement de la sécurité des patients.

Enquête

Afin d'identifier les personnes intéressées par l'enseignement de la sécurité des patients, il est possible de réaliser une enquête auprès des enseignants. Ces derniers peuvent être plusieurs centaines ou beaucoup moins nombreux selon les établissements. Identifiez les personnes les mieux placées pour intégrer l'enseignement de la sécurité des patients et veillez à ce qu'elles participent au sondage. L'exercice de cartographie des formations décrit précédemment contribuera à identifier les membres du corps enseignant qui enseignent actuellement et sont en position d'intégrer les concepts de la sécurité des patients. L'enquête pourrait inclure des questions visant à déterminer si les personnes interrogées s'intéressent à la sécurité des patients, possèdent des connaissances en la matière et appliquent des méthodes qui s'y rapportent. Ce processus pourrait également identifier les personnes prêtes à participer à un groupe ou comité chargé de superviser l'élaboration du curriculum sur la sécurité des patients dans votre profession.

Groupe de réflexion

Organisez un groupe de réflexion avec les professionnels de santé de votre spécialité afin de déterminer l'état actuel des connaissances en matière de sécurité des patients. Vous obtiendrez également des informations sur leurs attitudes quant à l'apprentissage de la sécurité des patients dans le curriculum.

Entretiens individuels

Des rencontres individuelles avec le personnel enseignant et les enseignants sur les lieux de travail dans votre profession contribueront à véhiculer un message clair en matière d'éducation à la sécurité des patients. Elles sont l'occasion d'expliquer les fondements et l'urgence de l'éducation à la sécurité des patients et d'établir une relation pour le travail ultérieur.

Table ronde

Invitez un groupe choisi de membres de votre profession susceptibles d'être intéressés et de jouer le rôle de modèles ou de « champions » à participer à une table ronde sur l'éducation des étudiants à la sécurité de patients. (Le format de la table ronde présente un double avantage : la réunion n'est pas dirigée par un expert et le groupe cherche à discuter des problèmes et à les résoudre ensemble, de manière collégiale.)

Séminaire sur la sécurité des patients

Les séminaires sont les lieux d'acquisition de nouvelles connaissances par excellence. Ils sont utiles aussi bien pour les professionnels de santé novices qui découvrent le domaine que pour des experts ou professionnels de santé respectés qui possèdent des connaissances en matière de sécurité des patients. Les séminaires peuvent être organisés sur une demi-journée ou une journée entière. Ils pourraient aborder les sujets suivants : i) qu'est-ce que la sécurité des patients ?; ii) les preuves de l'importance de la sécurité des patients ; iii) l'élaboration d'un curriculum sur la sécurité des patients ; iv) l'enseignement de la sécurité des patients ; et v) l'évaluation de la sécurité des patients. Il est important de ne pas perdre de vue l'objectif du programme, à savoir de renforcer les capacités du corps enseignant et des professionnels à enseigner la sécurité des patients aux étudiants.

Comment identifier les confrères ou associés qui partagent la même vision

Les activités liées au renforcement des capacités présentées ci-dessus vous aideront à identifier les personnes animées par les mêmes idées qui sont intéressées par l'enseignement de la sécurité des patients. Vous pouvez également organiser une

réunion et adresser une invitation ouverte au corps enseignant. Veillez à programmer la réunion à un moment qui conviendra au plus grand nombre afin de réunir le public le plus large possible (certaines professions qui voient les patients durant la journée pourraient souhaiter assister à la réunion mais ne pas pouvoir se libérer de leurs obligations professionnelles). Publier un article dans la lettre d'information de la faculté ou de l'université est une autre possibilité. Cela permet d'informer les lecteurs sur la sécurité des patients, et même s'ils ne souhaitent pas s'impliquer, l'article les sensibilisera à la nécessité d'inclure l'éducation à la sécurité des patients dans le curriculum.

Pour enseigner la sécurité des patients, la personne responsable de la mise en œuvre du programme doit engager des professionnels de santé intéressés et ayant les connaissances nécessaires, qui se sont manifestés ou ont été désignés ou nommés après plusieurs contacts ou réunions sur la sécurité des patients. Il peut également être bon de vérifier la disponibilité d'experts d'autres facultés et disciplines, comme l'ingénierie (connaissances sur les facteurs humains), la psychologie (psychologie comportementale, théories de l'amélioration et des processus), la pharmacie (sécurité des médicaments), et les soins infirmiers et la médecine (lutte contre les infections).

Techniques d'intégration de l'apprentissage de la sécurité des patients dans le curriculum

Le brain-storming (ou remue méninges) est une technique dans laquelle chacun doit suggérer des idées pour résoudre un problème et est encouragé à le faire. Le problème étant ici de déterminer la meilleure façon d'introduire l'apprentissage de la sécurité des patients dans le curriculum. Les ressources, les capacités et l'intérêt à l'égard de la sécurité des patients diffèrent au sein de chaque faculté de santé. Dans certains pays, il est possible que la sécurité des patients ne soit pas encore un sujet de préoccupation pour le gouvernement ni pour la communauté et que l'urgence d'inclure l'éducation à la sécurité des patients ne soit pas considérée comme une priorité.

Organiser des ateliers d'introduction à cette édition multiprofessionnelle du Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients offrira aux membres du corps enseignant l'occasion de se familiariser avec les principaux sujets liés à la sécurité des patients. Cela leur permettra également de faire part de leurs réserves, de poser des questions et de dissiper tout doute qu'ils pourraient avoir sur le programme.

L'apprentissage multidisciplinaire est le meilleur moyen d'aborder la sécurité des patients. Le personnel devrait être encouragé à réfléchir à la faisabilité d'organiser certaines sessions sur la sécurité des patients conjointement avec d'autres professionnels de santé. Ce Guide pédagogique est conçu pour tous les étudiants en santé. La plupart des professions et disciplines de la santé ont beaucoup à apporter, notamment dans l'enseignement de certains modules. Les ingénieurs peuvent être en mesure d'enseigner les systèmes impliquant des facteurs humains et les cultures de sécurité. Les psychologues et les scientifiques comportementaux, les professeurs de pharmacie, de médecine et de soins infirmiers peuvent expliquer comment leurs disciplines ont réalisé des améliorations en matière de sécurité. Privilégier la diversité assure aux étudiants le maximum de chances d'apprendre à partir d'autres disciplines, en particulier dans le cadre d'une approche d'équipe de la sécurité des patients.

Recherche de consensus

Comme dans toute discussion sur le contenu du curriculum, les avis divergeront quant à ce qui devrait être inclus ou pas. L'important est de commencer et de s'appuyer sur les débats pour avancer. Cela signifie qu'un meilleur compromis peut être trouvé avec le temps –il vaut mieux débuter quelque chose que discuter et débattre longuement d'une question. Une autre technique consiste à introduire de nouveaux modules dans le curriculum en utilisant un projet pilote, pouvant identifier tous les problèmes et servir de guide pour les modules ultérieurs. Cela permet également aux membres du personnel enseignant qui doutent de la valeur de l'apprentissage de la sécurité des patients de s'habituer à l'idée.

De plus amples informations sur l'élaboration et l'intégration du Guide pédagogique dans les curriculums existants sont fournies dans la prochaine section.

6. Comment intégrer l'apprentissage de la sécurité des patients dans votre curriculum ?

Remarques générales

La sécurité des patients est une discipline relativement récente et il n'est jamais simple d'introduire de nouveaux contenus dans un curriculum déjà existant. Que faut-il enseigner ? Qui devrait l'enseigner ? Quand et comment cet enseignement s'intégrera-t-il au reste du curriculum ? Que remplacera-t-il ?

Si votre école renouvelle son curriculum ou si vous enseignez dans un nouvel établissement, vous êtes en position privilégiée pour demander que l'éducation à la sécurité des patients entre au programme. Cependant, la plupart des curriculums des écoles de formation aux professions de santé sont déjà bien établis et chargés. Il est rare d'arriver à trouver du temps libre à consacrer à une nouvelle matière.

Ce chapitre explique comment l'enseignement et l'apprentissage de la sécurité des patients pourraient être intégrés à un curriculum existant. Il présente les avantages et les difficultés de différentes approches afin de vous aider à déterminer celle qui serait la plus adaptée à votre établissement et à anticiper et planifier les démarches nécessaires.

Par nature, l'éducation à la sécurité des patients :

- est quelque chose de nouveau ;
- couvre un certain nombre de domaines qui ne sont traditionnellement pas enseignés aux étudiants en santé tels que les facteurs humains, l'approche systémique, les comportements requis pour un travail efficace en équipe et la gestion des erreurs ;
- est liée à bon nombre de sujets traditionnels et existants (les sciences appliquées et les sciences cliniques) (pour des exemples, voir l'Encadré A.6.1) ;
- contient des nouvelles connaissances théoriques et pratiques (pour des exemples, voir l'Encadré A.6.2) ;
- doit largement tenir compte du contexte.

Encadré A.6.1 Associer l'éducation à la sécurité des patients et les matières traditionnellement enseignées dans les écoles de médecine et de soins infirmiers

Quelques exemples spécifiques de comment un sujet sur la sécurité des patients, comme le contrôle de leur identité, peut être décliné dans diverses disciplines médicales.

Discipline	Application de la sécurité des patients
Obstétrique	Quel système d'identification des nouveau-nés est mis en place afin de garantir que ces derniers ne sont pas échangés et repartent avec le(s) bon(s) parent(s) ?
Chirurgie	Si un patient a besoin d'une transfusion sanguine, quels processus de vérification sont utilisés afin de s'assurer qu'il reçoit le bon groupe sanguin ?
Éthique	Comment les patients sont-ils encouragés à s'exprimer s'ils ne comprennent pas pourquoi le professionnel de santé pratique un acte auquel ils ne s'attendaient pas ?

Encadré A.6.2 Associer l'éducation à la sécurité des patients avec l'acquisition de nouvelles connaissances théoriques et pratiques

Les compétences en matière de sécurité des patients pour un module donné peuvent être réparties en deux catégories : les connaissances théoriques et pratiques. Dans l'idéal, l'apprentissage se fera dans ces deux catégories, comme dans le cas de la bonne identification des patients par exemple.

Domaine	Exemple relatif à la sécurité des patients
Connaissances générales	Comprendre que les erreurs d'identification des patients existent et surviennent, en particulier lorsque les soins sont dispensés par une équipe. Connaître les situations qui augmentent la probabilité de survenue d'une erreur de patient, lorsque deux patients présentent des états de santé similaires, quand les patients ne peuvent pas communiquer ou si le personnel est interrompu pendant une tâche.
Connaissances appliquées	Comprendre l'importance d'identifier correctement les patients lors d'un prélèvement sanguin pour une épreuve de compatibilité croisée. Comprendre comment des erreurs peuvent survenir pendant cette tâche et apprendre à connaître les stratégies utilisées pour les prévenir.
Connaissances pratiques	Montrer comment identifier correctement un patient en lui demandant son nom par le biais d'une question ouverte comme « Comment vous appelez-vous ? » au lieu d'une question fermée comme « Vous appelez-vous John Smith ?

Le domaine de la sécurité des patients est également très vaste. Par conséquent, et étant donné la nécessité de contextualiser les principes relatifs à la sécurité des patients, votre curriculum devrait vous fournir de nombreuses opportunités d'incorporer une éducation à la sécurité des patients efficace dans les cours existants. Certains sujets sont, toutefois, relativement nouveaux pour les professions de santé et pourraient s'avérer plus difficiles à intégrer. Il convient de consacrer à ces sujets un créneau horaire à part entière. Cela peut être le cas du Module 2, *Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients.* Il pourrait alors être préférable de consacrer un créneau horaire libre à ce module et d'inviter un expert de la faculté d'ingénierie ou de psychologie à faire un exposé suivi d'une discussion en petits groupes.

Comment déterminer la méthode la plus adaptée au moyen de cadres génériques de curriculum ?

Lorsque vous avez analysé le curriculum existant, déterminé quels domaines de la sécurité des patients sont déjà enseignés et décidé quels modules vous souhaitez ajouter, vous devez ensuite réfléchir à la façon d'intégrer ce nouveau contenu dans votre programme.

Concernant votre curriculum, posez-vous les questions suivantes :

- Comment votre curriculum général est-il structuré ?
- Où et quand des sujets et des thématiques spécifiques pouvant accueillir du contenu relatif à la sécurité des patients sont-ils enseignés dans le curriculum ?
- Comment les thématiques individuelles sont-elles structurées en termes d'objectifs d'apprentissage et de méthodes d'enseignement et d'évaluation ?
- Comment votre curriculum est-il enseigné ?
- Qui est chargé de l'enseignement ?

Lorsque vous aurez répondu à ces questions, la meilleure façon d'inclure la sécurité des patients dans votre curriculum vous semblera évidente.

Comment votre curriculum général est-il structuré ?

- S'agit-il d'un curriculum traditionnel enseigné sous forme d'exposés devant un grand nombre d'étudiants ? Les étudiants commencent par apprendre les sciences fondamentales et comportementales puis se concentrent sur des domaines particuliers propres à la profession. L'éducation est plus volontiers organisée par discipline qu'intégrée.

Dans ce contexte, il conviendrait d'introduire les connaissances théoriques et pratiques en matière de sécurité des patients au cours des dernières années du programme. Cependant, des connaissances générales sur les principes relatifs à la sécurité des patients peuvent être efficacement abordées au cours des premières années.

- S'agit-il d'un programme intégré ? Les sciences fondamentales, comportementales et cliniques

sont couvertes tout au long du programme et l'apprentissage est intégré.

Dans ce contexte, l'intégration verticale des connaissances pratiques et théoriques en matière d'éducation à la sécurité des patients tout au long du programme présente des avantages.

Connaissances théoriques et pratiques en matière de sécurité des patients

- C'est dans le cadre de l'exercice professionnel que l'apprentissage des étudiants est le plus efficace ; sa pertinence est plus évidente lorsque les étudiants comprennent comment les soins sont dispensés et se familiarisent avec l'environnement professionnel.
- Les étudiants seront plus enclins à modifier leurs pratiques s'ils ont l'occasion d'appliquer rapidement ce qu'ils ont appris pendant les cours.

Lorsque l'on enseigne un module sur la sécurité des patients, couvrir en même temps les connaissances théoriques et pratiques présente des avantages. Bien comprendre l'ampleur d'un problème de sécurité des patients peut fournir motivation et éclaircissements lors de l'apprentissage de la pratique.

En outre, les étudiants seront probablement moins impressionnés défavorablement par les risques auxquels sont exposés les patients dans un système de santé dont ils feront bientôt partie. S'ils étudient des solutions (applications) et apprennent des stratégies concrètes (connaissances pratiques) pour devenir des professionnels de santé plus attentifs à la sécurité en même temps qu'ils prennent conscience des risques alors ils adopteront un état d'esprit plus positif. Pour des raisons logistiques, il pourrait s'avérer impossible de couvrir ensemble les connaissances théoriques et pratiques d'un module sur la sécurité des patients.

Si vous suivez un curriculum classique, il est préférable d'enseigner les connaissances théoriques et pratiques liées à la sécurité des patients au cours des dernières années, lorsque les étudiants connaissent mieux la pratique professionnelle, ont été en contact avec les patients et ont appris à évoluer sur leur lieu de travail. Le contexte d'enseignement des connaissances théoriques et pratiques devrait prendre en considération la capacité des étudiants à appliquer leurs nouvelles connaissances. Il est toujours possible d'introduire des éléments de connaissance sur la sécurité des patients pendant les premières années dans des matières comme la santé publique, l'épidémiologie, la déontologie ou d'autres sujets axés sur les sciences comportementales. Les modules pouvant être intégrés à ce stade incluent : i) qu'est-ce que la sécurité des patients ? ; et ii) les systèmes et la complexité en santé. Si votre curriculum est intégré et des compétences cliniques sont enseignées dès la première année, il convient d'introduire rapidement les modules sur la sécurité des patients et de les intégrer verticalement tout au long du programme. Cette approche fait de la sécurité des patients un sujet constant et permet de renforcer et de mettre à profit les premiers acquis de l'apprentissage. Dans l'idéal, les étudiants devraient être sensibilisés à la sécurité des patients avant leur arrivée en milieu de travail.

Où et quand des modules et des sujets spécifiques pouvant accueillir du contenu relatif à la sécurité des patients sont-ils enseignés dans le curriculum ?

Tout domaine d'apprentissage en rapport avec une profession particulière peut potentiellement accueillir un module de sécurité des patients si le cours prévoit une étude de cas ayant un lien avec cette discipline. Par exemple, une étude de cas portant sur une erreur médicamenteuse chez un enfant pourrait servir de point de départ pour enseigner aux infirmier(ère)s l'importance de comprendre les erreurs et d'en tirer des leçons tout en étudiant la pédiatrie. De la même façon, le module intitulé « Sécurité des patients et procédures invasives » pourrait être enseigné aux étudiants kinésithérapeutes lorsqu'ils apprennent la prise en charge des patients ayant bénéficié d'un remplacement de la hanche ou du genou. Le module « Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages » peut être intégré dans de nombreux sujets si les études de cas sont en rapport avec la discipline. L'apprentissage, quant à lui, est générique et adapté à toutes les disciplines et tous les étudiants. L'Encadré A.6.3 présente les sujets dans lesquels les modules sur la sécurité des patients peuvent être intégrés.

Encadré A.6.3. Intégration des modules sur la sécurité des patients

Module de sécurité des patients	Sujets susceptibles d'accueillir les modules
Limiter la transmission d'infection en améliorant la lutte contre les infections	Microbiologie Apprentissage des compétences liées aux procédures Maladies infectieuses Stages cliniques
Améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse	Pharmacologie Thérapeutique
Etre un membre efficace en équipe	Programmes d'orientation Apprentissage des compétences en communication (interprofessionnel) Formation au secours d'urgence en cas de catastrophes
Qu'est-ce que la sécurité des patients ?	Déontologie Introduction à l'environnement clinique Apprentissage des compétences cliniques et liées aux procédures

Comment les thématiques du curriculum sont-elles structurées dans les domaines suivants ?

- les objectifs d'apprentissage ;
- les méthodes d'enseignement ;
- les méthodes d'évaluation.

L'application de nouveaux contenus relatifs à la sécurité des patients dans votre curriculum sera plus efficace si elle est associée à des objectifs d'apprentissage et des méthodes d'enseignement et d'évaluation adaptés à la structure desdits objectifs et méthodes des sujets existants.

Comment votre curriculum est-il enseigné ?

- exposés ;
- stages, activités en ligne dans les services hospitaliers, les pharmacies, les salles d'accouchement ;
- tutoriels en petits groupes ;
- apprentissage par problème ;
- simulation/laboratoires de compétences ;
- tutoriels classiques.

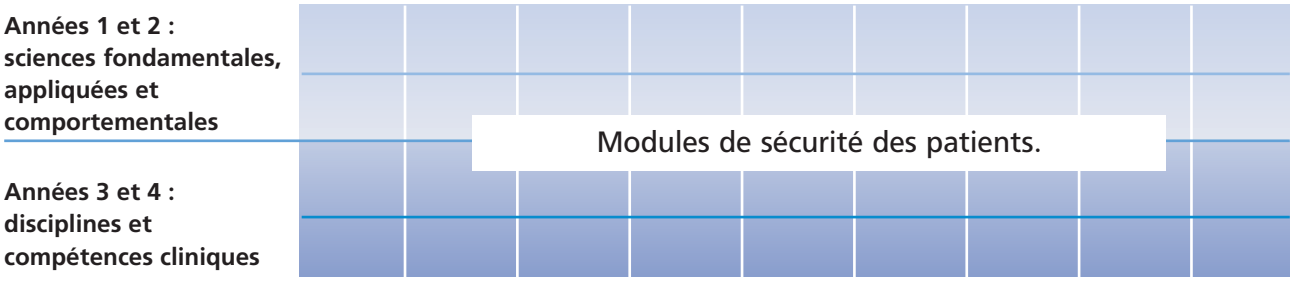
Il sera probablement plus facile d'incorporer les modules sur la sécurité des patients au sein de méthodes d'enseignement déjà existantes et connues des étudiants et du personnel.

Exemples de modèles de mise en œuvre

Exemple 1 : la sécurité des patients est un sujet autonome enseigné pendant les dernières années d'un curriculum classique. Voir le Graphique A.6.1.

- les méthodes pédagogiques pourraient comprendre une association d'exposés, de discussions en petits groupes, de projets, d'ateliers pratiques ou d'exercices de simulation ;
- ajouter une composante de sécurité des patients aux connaissances préalables avant de commencer à travailler sur le terrain.

Graphique A.6.1. La sécurité des patients en tant que sujet autonome enseigné pendant les dernières années d'un curriculum classique

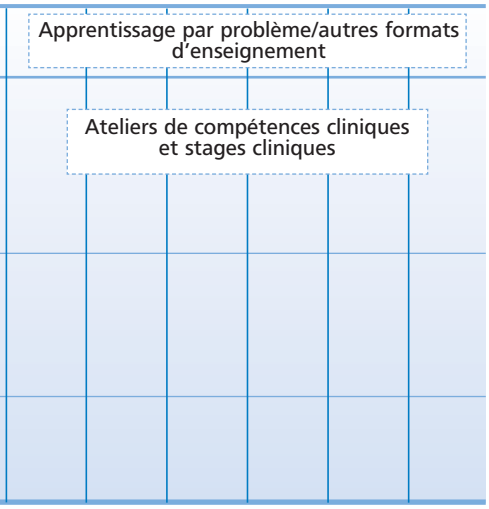


Exemple 2 : La sécurité des patients en tant que sujet autonome enseigné dans le cadre d'un curriculum intégré Voir le Graphique A.6.2.

La sécurité des patients pourrait être un sujet autonome relié à d'autres sujets, par exemple lors d'exposés en début de semestre renvoyant aux modules qui seront abordés lors de tutoriels ou de stages au cours de l'année.

Graphique A.6.2. La sécurité des patients en tant que sujet autonome enseigné dans le cadre d'un curriculum intégré

Année 1	Module 1 : qu'est-ce que la sécurité des patients ?
Année 2	Modules 2, 3 et 5 : pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients. Comprendre l'organisation des systèmes et l'effet de la complexité sur les soins en santé ; apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages
Année 3	Modules 4, 7, 9 et 10 ; être un membre efficace en équipe ; utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins ; contrôle et prévention des infections ; sécurité des patients et procédures invasives
Année 4	Modules 6, 8 et 11 : comprendre et gérer les risques cliniques ; s'impliquer avec les patients et leur entourage; améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse



Exemple 3 : intégrer la sécurité des patients dans des sujets préexistants–exemple A. Voir le Graphique A.6.3.

Un certain nombre de sujets pourraient consacrer des sessions au cours desquelles le principal objectif du tutoriel ou de l'exposé serait de couvrir un module de sécurité des patients.
Pendant la quatrième année, il est possible de prévoir un exposé sur la sécurité de la prise en charge médicamenteuse dans le cadre du cours de thérapeutique, un atelier sur l'administration en sécurité des médicaments et une séance d'apprentissage par problème ou en petits groupes lorsqu'une discussion sur la nature multifactorielle de l'erreur a lieu autour d'une étude de cas portant sur une erreur (médicamenteuse ou autre).

Graphique A.6.3. Intégrer la sécurité des patients en tant que sujet autonome dans des sujets préexistants (A)

Année 1	Apprentissage par problème					Etude de cas sur la sécurité des patients					
	Compétences cliniques		Activité liée à la sécurité des patients								
	Exposé	Module sur la sécurité des patients									
Année 2	Apprentissage par problème					Etude de cas sur la sécurité des patients					
	Compétences cliniques		Activité liée à la sécurité des patients								
	Exposé										
Année 3	Apprentissage par problème					Etude de cas sur la sécurité des patients					
	Compétences cliniques		Activité liée à la sécurité des patients								
	Exposé	Module sur la sécurité des patients									
Année 4	Apprentissage par problème					Etude de cas sur la sécurité des patients					
	Compétences cliniques		Activité liée à la sécurité des patients								
	Exposé	Module sur la sécurité des patients									

Exemple 4 : intégrer la sécurité des patients dans des sujets préexistants–exemple B. Voir le Graphique A.6.4.

Travaillez avec les responsables des matières pour incorporer les composantes de sécurité des patients dans les sessions pédagogiques sélectionnées. Bien que ces sessions n'aient pas pour thème principal la sécurité des patients, des éléments de cette dernière y sont abordés. Pour ce faire, les objectifs des sessions devraient inclure une composante de sécurité des patients. Voir des exemples dans l'Encadré A.6.4.

Plus on intègre de modules sur la sécurité des patients dans le curriculum établi, plus il sera facile d'incorporer les connaissances pratiques de façon utile et de contextualiser les concepts de sécurité des patients.

Graphique A.6.3. Intégrer la sécurité des patients en tant que sujet autonome dans des sujets préexistants (A)

Année 1	Apprentissage par problème		Etude de cas sur la sécurité des patients		Etude de cas sur la sécurité des patients		
	Compétences cliniques	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients
	Exposé	Module sur la sécurité des patients					
Année 2	Apprentissage par problème			Etude de cas sur la sécurité des patients			Etude de cas sur la sécurité des patients
	Compétences cliniques	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients
	Exposé	Module sur la sécurité des patients					
Année 3	Apprentissage par problème	Etude de cas sur la sécurité des patients		Etude de cas sur la sécurité des patients			
	Compétences cliniques	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients
	Exposé	Module sur la sécurité des patients					
Année 4	Apprentissage par problème		Etude de cas sur la sécurité des patients			Etude de cas sur la sécurité des patients	
	Compétences cliniques	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients	Activité liée à la sécurité des patients
	Exposé	Module sur la sécurité des patients					

Encadré A.6.4. Exemples d'intégration des modules sur la sécurité des patients au sein de sessions préexistantes

Session préexistante	Composante d'éducation à la sécurité des patients
Tutoriel de savoir-faire cliniques	Au début de la session, les patients reçoivent toujours des informations ainsi qu'un formulaire de consentement, au lit du malade ou en établissement, pour participer au processus pédagogique. Les tuteurs montrent l'exemple en respectant les souhaits des patients. Les patients sont toujours inclus au sein de l'équipe. Les tuteurs invitent le patient à participer à la discussion de cas car il possède des informations importantes pour sa prise en charge.
Session de compétences liées aux procédures sur la canule IV	Sont incluses les procédures stériles et l'élimination des objets piquants ou tranchants. Impliquer le patient dans la discussion sur le risque d'infection. S'entraîner à la procédure du consentement.
Exposé sur la transfusion sanguine	L'exposé aborde les risques du patient ainsi que les façons de les réduire. Protocoles de vérification afin de s'assurer de l'identité du patient. Est incluse une formation à la procédure de consentement.
Apprentissage par problème sur l'embolie pulmonaire lorsque le cas index commence un traitement par anticoagulant oral	Les étudiants sont invités à discuter de l'importance d'éduquer les patients lorsque des médicaments potentiellement dangereux sont prescrits.

Mise en garde
Plus la sécurité des patients est intégrée dans le curriculum existant, plus son enseignement est dispersé et dépendant d'un grand nombre d'enseignants, et plus il devient difficile d'en assurer la coordination. Il vous faudra trouver l'équilibre entre l'intégration des nouveaux contenus et la capacité à coordonner leur enseignement. Il peut s'avérer judicieux de consigner minutieusement quelles composantes de sécurité des patients sont intégrées dans le curriculum existant ainsi que la façon dont elles sont enseignées et évaluées. D'un point de vue pédagogique, l'intégration de la sécurité des patients est la solution idéale. En revanche, cette approche doit être pondérée par les conditions pratiques de sa mise en œuvre.

Lorsqu'une université ou un organisme d'agrément demande au corps enseignant concerné quand et comment la sécurité des patients est enseignée aux étudiants, ce dernier doit disposer d'informations suffisamment détaillées pour qu'un observateur puisse assister à une session et constater que la discipline est bien enseignée. Il est possible que, dans votre contexte, une combinaison des approches ci-dessus soit plus appropriée.

Une fois que vous avez élaboré un plan global des composantes de sécurité des patients que vous souhaitez incorporer à votre curriculum, de l'échéancier et des méthodes d'intégration, il est plus facile de l'ajouter à votre programme au coup par coup, module par module, sur la durée, plutôt que d'essayer de tout intégrer en même temps. De cette façon, vous apprenez au fur et à mesure et vous commencez rapidement à atteindre de petits objectifs.

Suggestions pour intégrer la sécurité des patients dans des sessions d'apprentissage par problème
Certains programmes de formation aux professions de santé utilisent l'apprentissage par problème comme méthode d'enseignement privilégiée. Dans le cadre des programmes d'apprentissage par problème, initialement lancés par l'Université McMaster au Canada, les étudiants travaillent en collaboration sur un module particulier. Les tâches sont réparties et c'est ensemble que les étudiants trouvent les solutions et réfléchissent à leurs travaux. Les suggestions suivantes montrent comment les modules de sécurité des patients peuvent être intégrés dans des études de cas d'apprentissage par problème.

- Inclure dans l'étude de cas des informations relatives à une question de sécurité des patients. Pour ce faire, il faut inclure des aspects de la vraie vie du système de dispensation des soins, ce qui permettra d'examiner des questions portant sur la sécurité des patients.
- Adapter l'étude de cas à votre environnement de soins local.
- L'étude de cas peut inclure un presque accident ou un EIAS.
- L'étude de cas peut inclure une menace à la sécurité des patients, ce qui aiderait les étudiants à identifier les situations dangereuses dans le système.

Une étude de cas peut inclure un(e) infirmier(ère), un pharmacien, une sage-femme, un dentiste ou un médecin. Elle peut mettre en scène un professionnel

Exemple d'étude de cas d'apprentissage par problème

Jeremy So, un garçon âgé de 15 ans, arrive au centre médical local avec une respiration bruyante et un prurit. Son père dit qu'il allait bien une demi-heure plus tôt et qu'il s'est soudainement senti mal. A l'examen, Jeremy semble inquiet et nerveux. Son visage est enflé, ses lèvres sont énormes et ses yeux sont tellement gonflés qu'il arrive à peine à les ouvrir. Il a des taches rouges sur la peau et se gratte le corps. Il émet un bruit chaque fois qu'il respire.

Exemple de cas : la même étude de cas rédigée pour lancer une discussion autour de l'erreur médicale et répondre aux questions ci-dessus.

Jeremy, un garçon âgé de 15 ans, arrive au centre médical local avec une respiration bruyante et un prurit. Son père dit qu'il allait bien une demi-heure plus tôt et qu'il s'est soudainement senti mal. A l'examen, Jeremy semble inquiet et nerveux. Son visage est enflé, ses lèvres sont énormes et ses yeux sont tellement gonflés qu'il arrive à peine à les ouvrir. Il a des taches rouges sur la peau et se gratte le corps. Il émet un bruit chaque fois qu'il respire.

Le père de Jeremy explique que son fils a déjà eu ces symptômes auparavant, après avoir pris un médicament appelé pénicilline. On lui avait alors dit de ne jamais en reprendre car cela pouvait lui être fatal. Jeremy a vu un médecin le matin même pour un rhume, des maux de gorge et de la fièvre. Le médecin a prescrit de l'amoxicilline, traitement que Jeremy a commencé à prendre plus tôt dans la journée. Le père de Jeremy se demande s'il ne serait pas allergique à ce nouveau médicament.

Exemple de cas : l'étude de cas peut inclure des exemples illustrant comment renforcer la sécurité des patients.

Un(e) infirmier(ère), un pharmacien ou un étudiant en médecine remarque d'importantes informations dont le médecin n'a pas tenu compte. L'exemple peut mettre en situation un(e) infirmier(ère) (ou autre professionnel de santé) faisant preuve d'assurance, le médecin à l'écoute de l'infimier(ère) et l'amélioration de la prise en charge qui en résulte.

faisant preuve d'assertivité (qui ose s'exprimer) et des professionnels plus expérimentés à l'écoute de l'intervention du membre du personnel débutant, conduisant ainsi à une amélioration de la prise en charge du patient. Le point portant sur la sécurité des patients peut constituer une composante majeure ou mineure de l'étude de cas d'apprentissage par problème.

Intégration de la sécurité des patients dans un programme de formation à une procédure technique

Bon nombre de procédures et de traitement peuvent causer des dommages aux patients. Cela s'avère particulièrement vrai lorsque des étudiants, qui manquent encore d'expérience, sont impliqués. Les procédures peuvent causer des dommages en raison des complications, de la douleur et du stress émotionnel qui y sont associés, ou parce qu'elles ne sont, en réalité, pas efficaces ou nécessaires. Les connaissances, les compétences et le comportement de la personne qui réalise la procédure peuvent aider à réduire certains des risques potentiels pour les patients. Intégrer l'éducation à la sécurité des patients aux programmes de formation à des procédures techniques pendant la formation initiale permet aux étudiants de prendre conscience de leurs responsabilités vis-à-vis des patients lors de la réalisation de ces procédures. Cette section propose plusieurs pistes pour y parvenir. Tout d'abord, posez-vous les questions suivantes :

1. Quand, où et comment les compétences techniques sont-elles enseignées dans votre programme ?
2. Quelles compétences sont enseignées ?
3. Quand les étudiants commencent-ils à réaliser des procédures sur les patients ? Dans l'idéal, les messages relatifs à la sécurité des patients devraient être transmis avant ou pendant cette période.

Modules sur la sécurité des patients qu'il conviendrait d'inclure dans un programme de formation aux compétences techniques.

Modules généraux de sécurité des patients pertinents pour toutes les procédures :

- la courbe d'apprentissage. Comprendre qu'un étudiant inexpérimenté est plus susceptible de causer des dommages et/ou de ne pas réussir à réaliser une procédure qu'un professionnel expérimenté. Quelles stratégies peuvent être employées pour minimiser les dommages tout en permettant aux étudiants d'apprendre ? Par exemple, veiller à une préparation minutieuse, planifier, disposer de connaissances de base, observer la réalisation de procédures par d'autres personnes , superviser, favoriser le retour d'expérience et assurer le suivi des patients (Modules 2, 5 et 6) ;
- les connaissances de bases dont un professionnel de santé doit obligatoirement disposer pour apprendre une procédure avant de pouvoir la réaliser (Modules 6 et 10) ;
- les précautions stériles (Module 11) ;
- la communication sur les risques (Modules 6 et 9) ;
- la bonne identification des patients, le bon site, le bon patient (Module 10) ;
- le suivi (Modules 2, 6, 9 et 10).

Apprentissage de la sécurité des patients et son application à la réalisation de procédures spécifiques :

- les problèmes courants, les dangers/pièges, la résolution des problèmes (Modules 2 et 5) ;
- les complications courantes et graves et comment les minimiser (Modules 1 et 5) ;
- les conseils aux patients concernant le suivi (Modules 6 et 9) ;
- la connaissance du matériel (Module 2) ;
- l'application pratique des thèmes généraux de sécurité des patients (tous les modules).

Exemple. Bien identifier le patient lors d'une prise de sang.

Comment étiqueter les tubes pour réduire le risque d'erreur d'identification :

- étiqueter au chevet du patient ;
- vérifier le nom du patient en posant une question ouverte ;
- s'assurer que le nom du patient correspond à l'étiquette sur le tube et à celle du formulaire de demande, c'est-à-dire procéder à une triple vérification.

Diverses méthodes pédagogiques peuvent être employées pour introduire les modules généraux dans le cadre de la réalisation des procédures, à savoir des exposés, des lectures, des discussions de groupes, des tutoriels et des activités en ligne.

Le moment le plus propice pour apprendre les connaissances théoriques et pratiques d'un module de sécurité des patients est lors de l'apprentissage des étapes d'une procédure. Cela peut avoir lieu pendant un tutoriel pratique au chevet du patient, par un exercice de simulation dans un laboratoire

d'apprentissage technique ou encore pendant un tutoriel purement théorique. Il est possible de demander aux étudiants de lire des recommandations ou un article particulier en amont de la session.

Les tutoriels consacrés à des procédures précises offrent une excellente occasion de renforcer les principes généraux et de détailler les applications de la sécurité des patients à une procédure. En outre, ils permettent aux étudiants de mettre en pratique les connaissances théoriques dont ils disposent dans le domaine de la sécurité des patients.

Par exemple, si votre école utilise l'apprentissage par simulation pour enseigner la gestion des catastrophes ou une procédure ou un traitement en particulier, il est possible d'y intégrer la formation au travail en équipe. Les situations réalistes qui simulent pendant l'exercice bon nombre de difficultés réelles susceptibles d'émerger dans la vraie vie constituent un point fort de ce type d'apprentissage visant à incorporer des messages de sécurité des patient. Par exemple, il y a un fossé entre savoir ce qu'il faut faire en situation d'urgence et passer vraiment à l'action, en particulier lorsqu'on travaille en équipe. Les éléments réels qui sont introduits dans le cadre des exercices de simulation sont les contraintes liées au temps, le stress, le travail en équipe, la communication, la connaissance du matériel, la prise de décision dans l'action et la connaissance de l'environnement. Comme c'est le cas avec d'autres formes d'apprentissage par l'expérience, les occasions ne manquent pas de mettre en pratique les connaissances pratiques relatives aux pratiques sûres.

Remarque : l'apprentissage par simulation peut s'avérer très efficace pour les étudiants mais il peut également les pousser à se remettre en cause et les déstabiliser. Si cette méthode est employée, il est très important de veiller à créer un environnement d'apprentissage sûr et encourageant. Pour de plus amples détails sur la création d'un environnement d'apprentissage sûr et encourageant, se reporter à la section consacrée aux principes pédagogiques de base.

Programme d'apprentissage des compétences
L'apprentissage des compétences comprend la réalisation d'une anamnèse, la réalisation d'un examen approprié, le raisonnement clinique, l'interprétation des résultats d'examens, la préparation des médicaments ainsi que les compétences liées aux procédures et à la communication, comme la diffusion d'informations, le conseil et l'obtention d'un consentement éclairé.

Plusieurs méthodes sont employées pour enseigner les compétences pertinentes aux professionnels de santé : les tutoriels au chevet des patients, la préparation des médicaments dans les pharmacies, la pratique sur des patients simulés, la pratique avec les pairs, le visionnage de vidéos d'experts en train de réaliser une procédure, la participation à l'environnement clinique et la présentation de cas.

Quand et comment le programme d'apprentissage des compétences est-il enseigné dans votre établissement ?

Certains modules sur la sécurité des patients peuvent s'adapter à n'importe quel type de programme. Dans la mesure où ce dernier offre l'occasion d'appliquer les connaissances pratiques relatives à la sécurité des patients, il est important de prendre très tôt de bonnes habitudes. Notez que les tutoriels théoriques et au chevet des patients permettent aux formateurs d'illustrer les pratiques sûres comme la communication axée sur le patient, une bonne hygiène des mains et l'utilisation de check-lists et des protocoles.
Dans le cadre de l'apprentissage des compétences, les étudiants peuvent avoir l'occasion d'apprendre et de mettre en application les connaissances pratiques suivantes :

- communiquer sur les risques ;
- demander l'autorisation ;
- accepter les refus ;
- être honnête avec les patients ;
- rendre les patients plus forts–aider les patients à participer activement à leur prise en charge ;
- informer les patients et leurs proches ;
- pratiquer l'hygiène des mains ;
- se concentrer sur le patient pendant l'anamnèse et les examens appropriés ;
- raisonnement clinique–erreur de diagnostic, prise en compte du rapport bénéfice-risque des procédures, enquêtes et plans de prise en charge.

Comment collaborer à la fois avec les formateurs sur le terrain et les enseignants académiques ?
Pour intégrer l'ensemble des principes de sécurité des patients tout au long du curriculum, la coopération de nombreux enseignants sera nécessaire, en particulier si l'éducation à la sécurité des patients est enseignée dans le cadre de petits groupes et de tutoriels sur les compétences pratiques.

Nous avons mentionné au début de cette section que, pour bon nombre d'enseignants, les concepts de la sécurité des patients ainsi que les connaissances théoriques et pratiques spécifiques constitueront une nouveauté. Par exemple, sur le lieu de travail, les étudiants pourraient être amenés à voir des professionnels de santé demander le nom des patients à la hâte et de manière irrespectueuse, mettre en danger la sécurité des patients en ne respectant pas les étapes ou adopter une attitude de culpabilisation et

d'humiliation en cas de problème. S'ils veulent enseigner efficacement la sécurité des patients et servir d'exemple, les formateurs devront réfléchir à leur propre pratique.

Les stratégies suivantes peuvent contribuer à inciter les professeurs à enseigner la sécurité des patients :

- organiser un atelier ou une série d'exposés sur la sécurité des patients pour les enseignants ;
- inviter des intervenants pour faire connaître la sécurité des patients ;
- faire participer/intéresser les enseignants à l'intégration de la sécurité des patients dans le curriculum ;
- faire le parallèle avec l'éducation à la sécurité des patients au cours du troisième cycle universitaire ;
- énoncer clairement les objectifs de l'apprentissage de la sécurité des patients dans les documents adressés aux formateurs ;
- fournir aux enseignants des documents relatifs aux modules sur la sécurité des patients ;
- évaluer les contenus de sécurité des patients lors des examens.

Utiliser des études de cas

Pour chaque module, nous fournissons un certain nombre d'études de cas qui peuvent servir à expliquer le lien entre le module et la sécurité des patients. La meilleure façon d'utiliser ces études de cas est de demander aux étudiants/au formateur d'en lire une puis d'aborder, en petits groupes, différents points de discussion où de répondre à des questions portant sur le cas. Une session interactive avec un grand groupe peut aussi convenir. Nous avons inclus des propositions de questions ou de points de discussions après chaque étude de cas. L'objectif de la question est d'orienter l'attention des étudiants sur les facteurs sous-jacents plutôt que sur les personnes impliquées.

Adapter les études de cas au contexte local

Les études de cas peuvent montrer comment ne pas faire quelque chose (apprendre à partir d'une expérience négative) ou comment bien faire (apprendre à partir d'une expérience positive). Par exemple, si une étude de cas est élaborée pour le module « Etre un membre efficace en équipe », l'étude de cas locale devrait comporter des caractéristiques relatives aux équipes admises dans les établissements de santé, les centres de soins ou les hôpitaux locaux.

Les étapes décrites ci-dessous vous aideront à concevoir des études de cas locales adaptées au module enseigné.

Examiner les sections de chacun des modules du Guide pédagogique en identifiant :

- la pertinence du module vis-à-vis du lieu de travail ;
- les objectifs d'apprentissage du module.

Mettre par écrit les activités énoncées dans les objectifs.

Obtenir des études de cas :

- prendre les études du Guide pédagogique ; ou
- demander aux infirmier(ère)s, sages-femmes, dentistes, pharmaciens, médecins et autres professionnels de santé de l'hôpital ou du centre de soins de fournir des cas identifiés.

Rédiger une histoire réaliste contenant les éléments déterminés dans les objectifs.

Le contexte de l'étude de cas doit être parlant pour les étudiants et les professionnels de santé. Par exemple, s'il n'existe pas de service de pharmacie dans le contexte réel, il faut en tenir compte dans les études de cas.

Comment modifier les études de cas présentées dans le Guide pédagogique ?

La plupart des études de cas sont écrites de manière à illustrer un comportement ou un processus. La plupart des exemples que nous avons sélectionnés et ceux fournis par des membres du Groupe d'experts de l'OMS et des personnes qui y sont affiliées se rapportent à un ou plusieurs modules, comme la compréhension des erreurs, la communication, le travail en équipe et l'implication des patients. Dans chaque module, nous avons indiqué toutes les études de cas qui nous semblaient utiles pour illustrer un objectif d'apprentissage adapté. Différents types d'études de cas ont été utilisés, depuis ceux des services de soins dont l'activité est essentiellement technique à ceux qui ont un usage technique limité. Cela signifie que bon nombre d'études de cas conviendront dans la plupart des programmes de formation en santé. Si ce n'est pas le cas, les études de cas peuvent être modifiées en les adaptant à l'environnement dans lequel elles ont lieu. Le professionnel de santé impliqué peut également être changé si celui qui intervient dans l'étude de cas n'existe pas. Par exemple, au lieu d'être un homme, le patient peut être une femme ou vice versa (si cela est culturellement approprié), peut avoir, ou non, des membres de la famille présents, ou peut venir d'une zone rurale et non pas d'une ville. Une fois l'étude de cas modifiée de façon à tenir compte des aspects locaux, demandez à un collègue de la lire afin d'en vérifier le sens et la pertinence vis-à-vis du module, de l'environnement local et du contexte.

7. Principes pédagogiques essentiels à l'enseignement et à l'apprentissage de la sécurité des patients

Afin que l'éducation à la sécurité des patients se traduise par des pratiques sûres et l'amélioration des résultats pour les patients, elle doit être intéressante pour les étudiants. A l'instar de n'importe quel apprentissage, l'une des principales difficultés est de garantir le transfert des connaissances sur le lieu de travail. Que peuvent faire les formateurs pour encourager les étudiants à appliquer leur apprentissage de façon concrète dans le cadre professionnel ?

Les stratégies suivantes peuvent s'avérer efficaces.

Dans l'enseignement de la sécurité des patients, le contexte est particulièrement important.

Contextualiser les principes de la sécurité des patients

Les principes de la sécurité des patients doivent être adaptés aux activités quotidienne des professionnels de santé. Votre objectif doit être de montrer aux étudiants quand et comment les connaissances en matière de sécurité des patients peuvent s'appliquer dans la pratique. Pour cela, il convient d'utiliser des exemples parlants pour les étudiants.

Utiliser des exemples réalistes vis-à-vis du contexte

Réfléchissez au type de travail que vos étudiants seront amenés à faire une fois diplômés et gardez cela à l'esprit lorsque vous choisissez les contextes cliniques dans lesquels vous souhaitez intégrer l'éducation à la sécurité des patients. Il n'est pas particulièrement utile d'inclure une étude de cas sur la malnutrition, l'obésité morbide ou le paludisme si ces maladies/troubles sont extrêmement rares dans votre environnement pratique. Utilisez plutôt des situations et des contextes communs et adaptés à la majorité de vos étudiants.

Identifier les applications pratiques

Aidez les étudiants à identifier les situations dans lesquelles ils peuvent appliquer leurs connaissances et leurs compétences en matière de sécurité des patients. Ils apprendront ainsi à être plus attentifs aux situations dans lesquelles les pratiques sûres revêtent une importance particulière. Par exemple, il est essentiel de bien identifier les patients :

- lorsque l'on envoie les échantillons sanguins au laboratoire ;
- pendant l'administration de médicaments ;
- lors de l'étiquetage sur les formulaires de demande d'examen d'imagerie ;
- lors de la documentation au dossier du patient ;
- lors de la rédaction de feuilles de prescription ;
- lors de la réalisation de procédures ;
- lors des échanges avec des patients ayant des difficultés à communiquer ;
- lors des échanges avec la famille et les proches du patient ;
- lorsque l'on adresse un patient à d'autre professionnels de santé.

Exemple de cas

En observant une opération chirurgicale, un étudiant en soins infirmiers s'aperçoit que le chirurgien est en train de suturer l'incision alors qu'il reste une compresse dans le patient. L'étudiant ne sait pas si le chirurgien a vu la compresse et se demande s'il doit intervenir.

Utiliser des exemples qui présentent ou présenteront bientôt un intérêt pour les étudiants
Appuyez-vous sur des situations auxquelles les étudiants seront confrontés lorsqu'ils débuteront leur carrière et/ou leurs stages. Par exemple, si le cours porte sur la défense des patients, il est bien plus parlant de prendre l'exemple d'un étudiant faisant preuve d'assertivité vis-à-vis d'un professionnel expérimenté que l'exemple d'un professionnel expérimenté faisant preuve d'assertivité vis-à-vis de la direction de l'hôpital. De cette façon, les étudiants saisissent mieux la pertinence des supports et leur motivation pour apprendre s'en trouve renforcée. Voir l'exemple ci-dessous.

Donner aux étudiants la possibilité d'appliquer leurs connaissances et leurs compétences en matière de sécurité des patients
En donnant aux étudiants la possibilité d'appliquer des « pratiques sûres », on peut espérer que ces comportements deviennent des habitudes et que les étudiants seront plus enclins à envisager les situations cliniques sous l'angle de la sécurité des patients.

L'application de pratiques sûres peut avoir lieu dès le début de la formation, par exemple :
- lors de tutoriels ou d'études privées : séance de brainstorming pour trouver des solutions à des situations dangereuses ;
- dans le cadre d'une simulation : laboratoire de compétences, laboratoire de simulation, jeux de rôle ;
- dans l'environnement clinique : hygiène des mains lors des rencontres avec les patients, bien identifier les patients lors des prises de sang ;
- lors des interactions avec les patients : pendant les séances de conseil, les étudiants peuvent s'exercer à encourager les patients à s'informer, poser des questions et veiller activement à ce que la prise en charge avance comme prévu.

Créer un environnement d'apprentissage efficace
Certaines caractéristiques de l'environnement d'apprentissage peuvent influer sur l'efficacité de l'enseignement et de l'apprentissage. Un environnement d'apprentissage idéal est un environnement sûr, encourageant, exigeant et stimulant.

Environnements d'apprentissage sûrs et encourageants
Dans un environnement d'apprentissage sûr et encourageant, les étudiants :
- n'hésitent pas à poser des questions « bêtes » ;
- expriment ce qu'ils ne comprennent pas ;
- partagent ce qu'ils comprennent de manière honnête et ouverte.

Les étudiants qui sont rassurés et encouragés ont tendance à être plus réceptifs à l'apprentissage, apprécient d'être stimulés et sont mieux préparés à participer activement aux activités d'apprentissage.

A l'inverse, si les étudiants ne se sentent pas rassurés ni soutenus, ils seront moins enclins à faire part de leurs lacunes et à participer activement de peur de se sentir gênés ou humiliés devant leurs enseignants et pairs. L'auto-préservation devient alors l'objectif principal des étudiants, au détriment de l'apprentissage. Créer un environnement d'apprentissage sûr et encourageant rend l'apprentissage plus ludique mais également, et c'est important de le souligner, plus efficace. L'enseignant a un rôle déterminant à jouer pour veiller à ce que les étudiants se sentent à l'aise.

Voici des suggestions pour vous aider à créer un environnement d'apprentissage sûr et encourageant :
- Présentez-vous aux étudiants et demandez-leur de se présenter. Montrez leur que vous vous intéressez à eux en tant que personne ainsi qu'à leur apprentissage.
- Au début de chaque session, expliquez-en le déroulement. Les étudiants sauront alors à quoi s'attendre et également ce que vous attendez d'eux.
- Guidez les apprenants dans l'environnement dans lequel vous vous trouvez. Cela s'avère particulièrement important sur le lieu de travail, en milieu clinique ou dans un environnement

Exercices de simulation

Les environnements de simulation peuvent être perturbants car certains aspects sont réels, d'autres non, et on attend de l'apprenant qu'il joue le jeu de la réalité. Assurez-vous que les étudiants aient conscience du niveau d'immersion requis pour le jeu de rôle ainsi que le niveau de réalisme dont vous attendez qu'ils fassent preuve. Il pourrait être gênant pour un étudiant en soins infirmiers de s'adresser au bras d'entraînement à la pose de perfusion comme s'il s'agissait d'un vrai patient alors que l'enseignant n'avait l'intention de se servir du bras que pour une simple démonstration des aspects manuels de la tâche.

simulé. Les étudiants doivent savoir ce que l'on attend d'eux s'ils se retrouvent dans un nouveau contexte.

- Invitez les étudiants à poser des questions et à prendre la parole s'ils ne comprennent pas quelque chose. Vous leur faites ainsi comprendre que l'on a tout à fait le droit de ne pas savoir.
- Ne critiquez ni n'humiliez jamais un étudiant pour ses lacunes ou ses faibles performances. Vous devriez plutôt les voir comme une source d'apprentissage.
- Si la participation active des étudiants est requise, demandez des volontaires au lieu de les désigner vous-même.
- Pensez à montrer vous-même comment faire quelque chose avant de demander aux étudiants. Par exemple, lorsque vous expliquez comment aménager un espace stérile avant de pratiquer une injection, il est bien plus efficace de leur montrer comment le faire correctement plutôt que de demander à un étudiant, qui n'a pas encore appris, de le faire et de devoir corriger ses erreurs.
- Lorsque vous posez des questions à un groupe d'étudiants, il vaut mieux commencer par poser la question puis laisser aux étudiants le temps d'y réfléchir avant d'interroger l'un d'eux. Évitez de désigner un étudiant avant même de poser la question car cela crée un stress chez certains qui auront alors du mal à penser sachant que toute la classe attend leur réponse.
- Si l'on vous pose une question à laquelle vous ne savez pas répondre, n'essayez pas de le cacher et ne vous excusez pas. Cela laisserait sous-entendre aux étudiants qu'il est inacceptable de ne pas tout savoir. Souvenez-vous que « les quatre mots les plus importants dans la formation aux professions de santé sont "Je ne sais pas" » [1].
- Les retours d'expérience sur les performances sur le lieu de travail (ou dans un environnement simulé) doivent avoir lieu sous forme de dialogue. Demandez leur avis aux étudiants avant de donner le vôtre et soulignez ce qui a bien marché en même temps que les domaines qui ont besoin d'être améliorés. Aidez les étudiants à mettre au point un plan pour remédier à ces problèmes.

Environnements d'apprentissage exigeants et stimulants

Les étudiants envers qui les enseignants se montrent exigeants avanceront probablement plus vite dans leur apprentissage. Dans un environnement d'apprentissage stimulant, les étudiants sont encouragés à explorer et à mettre en œuvre de nouvelles approches. Les hypothèses sont remises en question et de nouvelles compétences sont développées. Les étudiants apprécient ces types d'activités d'apprentissage. Il est important de souligner la différence entre un environnement d'apprentissage exigeant et un environnement d'apprentissage intimidant. Créer un environnement sûr et encourageant est une condition indispensable pour pouvoir se montrer exigeant envers les étudiants. Lorsque les étudiants se sentent rassurés et encouragés, ils acceptent l'exigence et ils sont alors plus enclins à se montrer à la hauteur.

Stimuler les étudiants au moyen d'activités d'apprentissage qui ne sollicitent pas uniquement les oreilles des étudiants mais également leur cerveau, leur bouche ou leurs mains, constitue une autre importante facette de l'apprentissage efficace. Essayez d'éviter les activités dans lesquelles les étudiants ne sont que les destinataires passifs des informations transmises. Plus les activités font participer les étudiants, plus elles auront d'impact sur leur apprentissage.

Les activités d'apprentissage par l'expérience, comme interroger un patient, mettre en pratique une compétence liée aux procédures dans le cadre d'un atelier et participer à des jeux de rôle sont généralement très stimulantes en vertu du simple fait qu'elles font des étudiants des acteurs. Le travail en petit groupe est également stimulant en raison du caractère coopératif de l'exercice. En outre, l'étude de cas tend à générer des questions chez les apprenants et à les inciter à vouloir résoudre les problèmes.

Présenter un exposé stimulant peut poser des difficultés. Les stratégies suivantes peuvent vous aider.

- Essayez d'être interactif.
- Posez des questions aux étudiants.
- Demandez aux étudiants de former des binômes pour discuter d'une question ou partager leurs expériences.
- Racontez une anecdote pour illustrer un point.
- Utilisez des études de cas ou des problèmes parlants pour les étudiants comme point de départ de l'exposé ;
- Associez les concepts théoriques à des exemples concrets.
- Demandez aux étudiants de commenter une vidéo, une étude de cas, une déclaration, une solution ou un problème.

Observer une activité menée en milieu de travail, lire un article ou observer une procédure peuvent stimuler davantage les étudiants si ces derniers doivent effectuer une tâche dans le cadre du processus. Dans l'idéal, cette tâche devrait leur

permettre de développer leur aptitude à la réflexion critique. Par exemple, si les étudiants doivent assister aux réunions d'analyse par les pairs, ils pourraient devoir répondre à des questions préétablies en se fondant sur leurs observations.

Styles d'enseignement

Chaque formateur a tendance à privilégier un style d'enseignement s'il en a la possibilité [2]. Le style privilégié par l'enseignant est habituellement une combinaison de ses convictions concernant ce qu'il juge le plus efficace, de ses aptitudes et de ce avec quoi il se sent le plus à l'aise.

Les formes d'enseignement vont de celles où c'est l'enseignant qui dirige, qui joue un rôle d'expert et diffuse des informations aux apprenants via un exposé ou montre un geste, à celles qui sont centrées sur les étudiants et où l'enseignant se contente d'inciter les étudiants à apprendre par eux-mêmes et auprès de leurs pairs (projet en petits groupes par exemple). Les enseignants qui adoptent une approche centrée sur les étudiants considéreront que leur rôle est de motiver et de guider les étudiants dans leurs activités d'apprentissage. Les compétences de l'enseignant reposent sur l'élaboration d'activités d'apprentissage stimulantes, l'animation de discussions de groupe, la formulation de questions encourageant à la réflexion et le retour d'expérience efficace.

Chaque style d'enseignement présente des avantages et des inconvénients qui peuvent varier suivant le contenu à enseigner, le nombre d'étudiants, les styles que préfèrent les étudiants (s'ils sont connus), les capacités de l'enseignant ainsi que le temps et les ressources disponibles pour la session. Les approches axées sur les étudiants encouragent la collaboration, la communication et les capacités à résoudre activement les problèmes en groupe chez les étudiants, toutes ces caractéristiques étant utiles pour être un membre efficace d'une équipe sur le lieu de travail. Outre le style d'enseignement que vous avez choisi, il est également important de connaître les autres styles qui pourraient s'avérer aussi efficaces, voire plus, dans certaines circonstances particulières. Il est conseillé de faire preuve de souplesse. Vous serez peut-être amené à adapter vos méthodes habituelles au mode d'enseignement du curriculum.

R. M. Harden identifie six rôles importants de l'enseignant [3] :

- pourvoyeur d'informations ;
- exemple à suivre ;
- facilitateur ;
- évaluateur ;
- planificateur ;
- créateur de ressources.

En tant que pourvoyeur d'informations dans le domaine de la sécurité des patients, il est important de bien connaître ce domaine. et notamment les principes de base de la sécurité des patients, pourquoi cette dernière est essentielle sur le lieu de travail ou en milieu clinique et ce que le personnel peut faire pour promouvoir la sécurité des patients sur le terrain. Prendre le temps de réfléchir à votre propre pratique et à votre façon d'aborder les dangers sur le lieu de travail vous aidera à identifier les points d'enseignement pertinents pour vos étudiants. Un enseignant peut illustrer les pratiques sûres de plusieurs façons. Lorsque vous êtes sur votre lieu de travail avec les patients, les étudiants vont analyser comment vous :

- interagissez avec les patients et leur famille ;
- respectez les souhaits des patients et de leur famille ;
- informez les patients et leur famille des risques ;
- tenez compte du rapport bénéfice–risque dans l'élaboration des plans thérapeutiques ;
- invitez les patients et leur famille à poser des questions et y répondez ;
- vous lavez les mains après chaque contact avec les patients ;
- adoptez une approche d'équipe ;
- acceptez les conseils de collègues ;
- respectez les protocoles en vigueur sur le lieu de travail ;
- reconnaissez vos incertitudes ;
- reconnaissez la possibilité d'erreurs et apprenez à partir des vôtres et de celles des autres [4] ;
- apportez des solutions aux problèmes systémiques ;
- prenez soins de vous-même et de vos confrères.

Vous pouvez être un très bon enseignant de la sécurité des patients en étant un professionnel attentif aux pratiques sûres en présence d'étudiants désireux d'apprendre.

Tenir compte du patient dans l'apprentissage de la sécurité des patients

L'éducation à la sécurité des patients peut être abordée dans de nombreux environnements pédagogiques, des lieux d'apprentissage pratique à l'amphithéâtre et à la salle de classe, il suffit pour cela d'être vigilant quant aux situations propices à la formation. Les questions suivantes

peuvent vous donner des idées sur la façon de générer une situation d'apprentissage de la sécurité des patients :

- Quels sont les risques pour le patient ici...
- A quoi devons-nous être attentifs dans cette situation...
- Comment minimiser les risques...
- Qu'est-ce qui rendrait cette situation plus risquée pour le patient...
- Que devrions-nous faire en cas de X...
- Quel sera notre plan de secours...
- Que devrions-nous dire au patient en cas de X...
- Quelles sont nos responsabilités...
- Qui peut également nous aider dans cette situation... autre personnel de santé ? Patient ?
- Que s'est-il passé ? Comment éviter que cela ne se reproduise à l'avenir...
- Quels enseignements pouvons-nous tirer de cette situation...
- Étudions le rapport bénéfice–risque du plan que vous avez suggéré...

Il arrive que les meilleures leçons pour les étudiants soient données par les patients. Leur rôle dans la formation des étudiants en santé est reconnu depuis longtemps, habituellement pour décrire leur expérience de la maladie. Cependant, ils peuvent également apprendre aux étudiants à communiquer, notamment sur les risques, à faire preuve de déontologie, à faire face aux EIAS, entre autres.

Mise en garde

Souvenez-vous que les étudiants peuvent se sentir démoralisés si vous insistez de façon excessive sur les risques, les erreurs et les dommages causés aux patients. Un bon enseignant de la sécurité des patients saura éviter ce piège en traitant également des aspects positifs de la discipline, comme les solutions apportées à des problèmes et les progrès réalisés dans le domaine, et en dotant les étudiants de stratégies concrètes visant à améliorer leur pratique. Il est important de rappeler aux étudiants que la plupart des actes de soins aux patients sont couronnés de succès. La sécurité des patients vise à améliorer encore davantage les soins.

Outils et ressources documentaires

La série *Teaching on the run* a été conçue par des cliniciens australiens. Elle est adaptée à la formation aux professions de santé sur le lieu de travail lorsque les enseignants, qui sont également des professionnels, sont très sollicités (http://www.meddent.uwa.edu.au/teaching/on-the-run/tips ; consulté le 4 janvier 2011).

National Center for Patient Safety (Centre national pour la sécurité des patients) du département américain des Anciens combattants (www.patientsafety.gov ; consulté le 17 février 2011).

Cantillon P, Hutchinson L, Wood D, eds. *ABC of learning and teaching in medicine*, 2nd ed.London, British Medical Journal Publishing Group, 2010.

Sandars J, Cook G, eds. *ABC of patient safety*. Malden, MA, Blackwell Publishing Ltd, 2007.

Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

Références

1. "I don't know": the three most important words in education. *British Medical Journal*, 1999, 318:A.
2. Vaughn L, Baker R. Teaching in the medical setting: balancing teaching styles, learning styles and teaching methods. *Medical Teacher*, 2001, 23:610–612.
3. Harden RM, Crosby J. Association for Medical Education in Europe Guide No 20: The good teacher is more than a lecturer: the twelve roles of the teacher. *Medical Teacher*, 2000, 22:334–347.
4. Pilpel D, Schor R, Benbasset J. Barriers to acceptance of medical error: the case for a teaching programme. *Medical education*, 1998, 32:3–7.

8. Activités visant à faciliter la compréhension de la sécurité des patients

Introduction

Les étudiants en santé sont habitués à acquérir des informations en étudiant puis en travaillant dur pour appliquer leurs nouvelles connaissances et compétences en matière de soins aux patients. Dans le cas de la sécurité des patients, s'efforcer seulement de faire des efforts ne fonctionne pas [1]. Par conséquent, une grande partie de la réflexion doit être consacrée au calendrier et au format de l'enseignement pédagogique.

Ce chapitre a pour objectif de présenter les différentes stratégies qui peuvent être mises en œuvre pour faciliter la compréhension de la sécurité des patients. Ces stratégie sont les mêmes que celles utilisées pour enseigner d'autres aspects des soins de santé. Pour le formateur, la difficulté est d'arriver à déterminer si des composantes de la sécurité des patients peuvent être incorporées dans des activités d'enseignement et d'apprentissage existantes. Si c'est le cas, les modules sur la sécurité des patients ne seront pas considérés comme des cours supplémentaires et ne créeront donc pas de travail en plus. Ils s'inscriront, au contraire, dans une approche globale de la formation aux soins de santé.

Un principe fondamental, en accord avec les règles d'une pédagogie efficace, est qu'il faut optimiser toutes les occasions de pratiquer un « apprentissage actif », c'est-à-dire d'impliquer les apprenants de façon significative dans le processus au lieu qu'ils se contentent d'être des récepteurs passifs des informations.

La phrase suivante résume bien l'apprentissage actif [2] :
N'expliquez pas aux étudiants ce que vous pouvez leur montrer et ne leur montrez pas ce qu'ils peuvent faire par eux-mêmes.

J. Lowman a défini les principes de certaines stratégies d'enseignement visant à accroître l'efficacité de l'apprentissage actif et notamment [3] :

- utiliser des informations qui présentent un intérêt pour les apprenants et portent sur des événements réels ;
- présenter des supports à caractère dramatique ou provocant ;
- récompenser les apprenants ;
- associer les thèmes avec le plus grand nombre de modules possible ;
- activer les connaissances antérieures au moyen de pré-tests et de schémas conceptuels et en recueillant des informations générales ;
- stimuler les apprenants en leur proposant des sujets de plus en plus difficiles ;
- illustrer les comportements que vous essayez d'encourager.

Exposés

Pendant un exposé [4], l'enseignant présente un sujet à un grand groupe d'étudiants. Ceci a lieu habituellement en face-à-face mais, récemment, certaines universités ont commencé à proposer aux étudiants de suivre les cours en ligne par podcast.

Les exposés devraient avoir :

- des buts–indiquant le thème général de l'exposé ; par ex. cet exposé a pour but de vous faire découvrir la sécurité des patients.
- des objectifs–en rapport direct avec l'apprentissage. Ils doivent être réalisables à la fin de l'exposé ; par ex. à la fin de cet exposé vous serez capable d'énumérer les trois études majeures qui ont mis en lumière l'ampleur des dommages causés par la dispensation des soins.

Les exposés devraient durer environ 45 minutes car au-delà la concentration baisse. Par conséquent, il est important que leur contenu ne soit pas trop dense : prévoyez d'aborder quatre à cinq points au maximum.

Les exposés sont souvent structurés comme suit autour de trois éléments principaux (introduction, développement, conclusion) :

- l'introduction marque le début de l'exposé lorsque l'enseignant explique l'importance du sujet et énonce les objectifs du cours ;
- le développement renferme le contenu principal du cours ;
- la conclusion devrait reprendre les objectifs et les points essentiels de la présentation.

Avantages :

- permet de transmettre des informations à un grand nombre d'étudiants à la fois ;
- utile pour donner une vue d'ensemble des sujets d'ordre général, pour transmettre des informations factuelles et introduire des concepts théoriques ;
- fournit des informations à jour et des idées que l'on ne trouve pas facilement dans les ouvrages ou les articles ;
- peut expliquer ou développer des idées et des concepts complexes et montrer comment les aborder.

Difficultés :

- réussir à soutenir l'attention d'un grand nombre d'étudiants ;
- les étudiants plus avancés et le personnel débutant préfèrent généralement des techniques davantage basées sur l'expérience ;
- demande un savoir-faire de présentation ;
- ce format dépend dans une certaine mesure d'un support technologique ;
- le contenu (les dommages associés aux soins) peut être décourageant.

Exemples :

- Module 1 : Qu'est-ce que la sécurité des patients ?
- Module 2 : Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients

Apprentissage sur le terrain pendant les stages professionnels et cliniques

Apprentissage qui a lieu dans le cadre des sessions pédagogiques lors des visites, dans les centres de soins ou au chevet des patients.

Avantages

- l'apprentissage au sein des services, des centres de soins ou au chevet des patients fournit l'occasion idéale d'enseigner et d'observer les compétences en matière d'anamnèse et d'examen, de communication et de relations interpersonnelles. L'enseignant peut également montrer des pratiques professionnelles sûres et éthiques ;
- l'environnement de travail est totalement imprégné de la sécurité des patients ;
- contextualisation ;
- apprentissage ancré dans la réalité et donc hautement pertinent ;
- intéressant et souvent stimulant.

Difficultés :

- manque de temps lié à la charge de travail ;
- manque de connaissances sur la façon d'intégrer les modules sur la sécurité des patients dans l'apprentissage au chevet des patients ;
- opportuniste : impossible de préparer et d'enseigner un curriculum uniformisé.

Exemples :

- Module 9 : contrôle et prévention des infections (problèmes d'hygiène des mains sur le lieu de travail).
- Module 10 : sécurité des patients et procédures invasives (notamment les processus d'identification des patients).

Outils et ressources documentaires

La série *Teaching on the run* a été conçue par des cliniciens. Elle est adaptée à la formation aux professions de santé sur le lieu de travail lorsque les enseignants, qui sont également des professionnels, sont très sollicités (http://www.meddent.uwa.edu.au/teaching/on-the-run/tips ; consulté le 4 janvier 2011).

Activités en petits groupes : apprendre avec les autres

Les étudiants apprennent au sein d'un petit groupe, en général avec un formateur mais aussi avec un patient. La principale caractéristique en est la participation et l'interactivité des étudiants concernant un problème particulier mais avec une plus grande responsabilité quant à leur propre apprentissage (faire un projet par exemple).

Avantages :

- partager les expériences personnelles ;
- écouter les expériences vécues par les patients ;
- apprendre auprès des pairs ;
- perspectives multiples ;
- apprendre à travailler en équipe et acquérir des compétences en communication.

Difficultés :
- dynamiques de groupe ;
- incidence sur les ressources en termes de temps consacré par le formateur ;
- expertise du formateur.

Exemples :
- Module 2 : pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients (considérer les équipements fréquemment utilisés sous l'angle des facteurs humains).
- Module 4 : être un membre efficace en équipe (le travail en équipe sur le lieu de travail ou dans l'environnement clinique).

Outils et ressources documentaires

Learning to use patient stories. NHS Evidence - innovation and improvement (http://www.library.nhs.uk/improvement/viewResource.aspx?resID=384118; consulté le 4 janvier 2011).

Beyea SC, Killen A, Knox GE. Learning from stories–a pathway to patient safety. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 2004, 79, 224-226.

Le Guide pédagogique :
- permet aux organisations de santé et à leurs équipes de mettre efficacement en œuvre une série d'interventions visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins que les patients reçoivent ;
- s'appuie sur le recueil et l'utilisation des expériences des patients ;
- illustre une méthode permettant de recueillir les histoires réelles de tous les membres de la société : les patients et leur entourage, les tuteurs et les membres du personnel ;
- montre que chacun a une vision différente et tout autant valable de sa propre expérience des soins de santé.

Discussion de cas

Un groupe d'étudiants, souvent accompagné d'un formateur, discute d'un cas clinique.

Avantages :
- possibilité d'utiliser un cas réel ou inventé pour illustrer les principes relatifs à la sécurité des patients ;
- contextualisation : les concepts deviennent réels et pertinents ;
- apprendre à résoudre les problèmes rencontrés sur le lieu de travail ;
- permet d'établir des liens entre les concepts abstraits et des situations de la vie réelle.

Difficultés :
- réussir à choisir ou rédiger des cas réalistes qui encouragent les étudiants à participer activement à la discussion ;
- utiliser efficacement le cas pour stimuler la réflexion et susciter un apprentissage éclairé ;
- encourager les étudiants à trouver des solutions par eux-mêmes.

Outils et ressources documentaires

Analyses d'EIAS de l'hôpital, du centre de soins ou du lieu de travail de référence.

Agency for Healthcare Research and Quality weekly morbidity and mortality cases (http://webmm.ahrq.gov/ ; consulté le 4 janvier 2011).

Jeux

Les jeux sont amusants et englobent un éventail d'activités, depuis les jeux vidéos aux jeux de rôle.

Avantages :
- ludiques, plaisants ;
- stimulants ;
- peuvent permettre d'illustrer le travail en équipe, la communication.

Difficultés :
- créer un lien entre le jeu et le lieu de travail ;
- bien définir le but du jeu dès le départ.

Outils et ressources documentaires

http://www.businessballs.com/teambuildinggames.htm ; consulté le mardi 4 janvier 2011.

Étude indépendante

Étude réalisée par l'étudiant. Par ex. : projet, dissertations.

Avantages :
- l'étudiant va à son propre rythme ;
- l'étudiant peut se concentrer sur ses propres lacunes ;
- propice à la réflexion ;
- peu onéreuse et facile à planifier ;
- permet à l'apprenant de bénéficier d'une certaine souplesse.

Difficultés :
- motivation ;
- absence d'exposition à différents points de vue ;
- peut s'avérer moins stimulante ;
- chronophage pour l'enseignant pour noter et commenter le travail.

Établir une relation avec un patient usager d'un service de santé (hôpital, centre de soins, cabinets de consultation privés, formulaire) : suivi du patient

Un étudiant suit un patient tout au long de son parcours de soins dans le service de santé ou l'hôpital. Cet exercice suppose que l'étudiant accompagne le patient dans tous les examens et toutes les procédures.

Avantages :

- donne aux étudiants l'occasion d'apprendre le fonctionnement du système de santé ;
- permet aux étudiants de voir les choses sous l'angle des patients ;
- permet de visualiser les interactions entre les différents domaines de soins.

Difficultés :

- organisation du calendrier ;
- nécessite de mettre en forme l'expérience en un exercice d'apprentissage ;
- peu d'occasions pour les étudiants de partager ce qu'ils ont appris, de recueillir les commentaires de leurs pairs et d'être évalués.

Jeux de rôle

Une méthode pédagogique bien connue qui permet aux étudiants d'endosser divers rôles de professionnels de santé dans des situations particulières. Il en existe deux types :

- les étudiants improvisent les dialogues et les actions autour d'un scénario prédéterminé ;
- les étudiants jouent des rôles et récitent les dialogues d'une étude de cas.

Avantages :

- peu onéreux ;
- peu de formation requise ;
- toujours disponibles ;
- interactifs : permettent aux apprenants de tester des hypothèses ;
- cette expérience présente et sensibilise les étudiants sur les rôles joués par les patients, leur famille, les professionnels de santé et les administrateurs dans des situations impliquant la sécurité des patients ;
- permet aux apprenants de jouer le rôle d'un personnel plus expérimenté ou celui d'un patient ;
- peut faire émerger des points de vue différents ;
- est une activité idéale pour étudier les facteurs associés à la communication et au travail en équipe interprofessionnelle dans la prévention des erreurs de sécurité des patients.

Difficultés :

- impose de rédiger les scénarios ;
- pouvoir imaginer des situations suffisamment réelles pour susciter des choix, des décisions, des conflits ;
- est chronophage ;
- ne fait pas participer tous les étudiants ne participent pas (certains sont de simples spectateurs) ;
- les étudiants peuvent s'écarter du sujet et le jeu de rôle s'essouffler.

Outils et ressources documentaires

Kirkegaard M, Fish J. Doc-U-drama: using drama to teach about patient safety. *Family Medicine*, 2004, 36:628–630.

Simulation

La simulation en santé correspond à « *l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels* » [5]. Il est à prévoir qu'à l'avenir, en raison de la préoccupation éthique croissante d'éviter tout dommage aux patients, différentes formes d'apprentissage par simulation verront le jour [6].

http://www.has–sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-rapport.pdf

Il existe différentes modalités de simulation, notamment :

- simulateurs basés sur des interfaces écrans ;
- appareils ou mannequins « basse-fidélité » utilisés pour pratiquer des gestes simples ;
- patients standardisés (acteurs) ;
- simulateurs haute-fidélité : mannequins grandeur nature pilotés par informatique ;
- appareils de réalité virtuelle.

Avantages :

- pas de risque pour les patients ;
- possibilité de présenter de nombreux scénarios, notamment des situations rares mais essentielles dans lesquelles une réponse rapide est nécessaire ;
- les participants voient les résultats de leurs décisions et actions. Il est possible de laisser des erreurs se produire et suivre leur cours (dans la réalité, un clinicien plus expérimenté interviendrait) ;

- possibilité de présenter le même scénario à différents cliniciens ou équipes ;
- les causes sous-jacentes de la situation sont connues ;
- grâce aux mannequins, les cliniciens peuvent utiliser du vrai matériel et montrer les limites de l'interface homme–machine ;
- la création d'environnements cliniques réels permet aux étudiants d'explorer l'ensemble des interactions interpersonnelles et de s'entraîner au travail en équipe, au leadership et à la communication ;
- il est possible d'enregistrer la séance de de simulation (sur support audio et/ou vidéo) sans soulever de questions liées à la confidentialité des patients. Les enregistrements peuvent être conservés à des fins de recherche, d'évaluation des performances ou d'agrément. [7].

Difficultés :
- certains dispositifs sont très onéreux ;
- les enseignants doivent disposer de compétences particulières pour mener ces activités et entretenir certains des appareils de formation.

Projets d'amélioration

L'amélioration de la qualité est un cycle continu de planification, de stratégies de mise en œuvre, d'évaluation de l'efficacité de ces stratégies et d'analyse visant à déterminer si de plus amples améliorations peuvent être effectuées. Les projets d'amélioration de la qualité s'articulent généralement autour du cycle PDCA (planifier(plan)-mettre en œuvre(do)-mesurer(check)-ajuster(act)) [8] comme suit :
- planifier le changement, en se basant sur la capacité que nous lui attribuons à améliorer le processus actuel ;
- mettre en œuvre le changement ;
- mesurer : analyser les résultats du changement ;
- ajuster : ce qu'il convient de faire après pour continuer à améliorer le processus.

L'approche du cycle PDCA incite les professionnels de santé à concevoir et appliquer activement des stratégies susceptibles de se traduire par des améliorations. En outre, elle promeut l'évaluation de ces changements une fois les stratégies mises en œuvre. Elle peut donc s'avérer particulièrement efficace pour intégrer les étudiants à un service ou un centre de soins, idéalement au sein d'une équipe multidisciplinaire axée sur la sécurité des patients. De par leur nature, la plupart des projets d'amélioration de la qualité contiennent un élément intrinsèque de sécurité des patients.

Avantages :
- motivation ;
- renforcement ;
- apprendre la gestion du changement ;
- apprendre à être proactif ;
- apprendre à résoudre les problèmes.

Difficultés :
- soutenir l'élan et la motivation ;
- contraintes liées au temps.

Exemple :
problèmes d'hygiène des mains dans un environnement clinique.

Outils et ressources documentaires

Bingham JW. Using a healthcare matrix to assess patient care in terms of aims for improvement and core competencies. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2005, 31:98–105.

US Agency for Healthcare Research and Quality mortality and morbidity web site (http://www.webmm.ahrq.gov/ ; consulté le 17 février 2011).

Références

1. Kirkegaard M, Fish J. Doc-U-Drama: using drama to teach about patient safety. *Family Medicine*, 2004, 36:628–630.
2. Davis BG. *Tools for teaching*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1993.
3. Lowman J. *Mastering the techniques of teaching*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1995.
4. Dent JA, Harden, RM. *A practical guide for medical teachers*. Edinburgh, Elsevier, 2005.
5. Maran NJ, Glavin RJ. Low- to high-fidelity simulation a continuum of medical education? *Medical Education*, 2003, 37(Suppl. 1):S22–S28.
6. Ziv A, Small SD, Glick S. Simulation based medical education: an ethical imperative. *Academic Medicine*, 2003, 78:783–788.
7. Gaba, DM. Anaesthesiology as a model for patient safety in healthcare. *British Medical Journal*, 2000, 320:785–788.
8. Cleghorn GD, Headrick L. The PDSA cycle at the core of learning in health professions education. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 1996, 22:206–212.

9. Comment évaluer la sécurité des patients ?

Les buts de l'évaluation

L'évaluation fait partie intégrante de tout curriculum. Le contenu et le format des procédures d'évaluation impactent fortement la façon d'étudier et les résultats de l'apprentissage des étudiants. Il est essentiel que les évaluations soutiennent les objectifs finaux de l'apprentissage tout en motivant et en guidant les étudiants de façon appropriée. Les évaluations doivent être pertinentes et donner confiance aux enseignants, aux personnes qui planifient les cours et aux parties prenantes externes comme les organismes d'accréditation et de normalisation ainsi que les futurs employeurs des étudiants. D. Newble et R. Cannon [1] soulignent l'importance majeure de fixer des objectifs d'évaluation clairs. Ils ont établi une liste des objectifs de l'évaluation. Les deux objectifs en gras revêtent une importance capitale pour la formation à la sécurité des patients :

- juger la maîtrise des connaissances et des compétences essentielles ;
- classer les étudiants ;
- mesurer les améliorations dans le temps ;
- diagnostiquer les difficultés des étudiants ;
- **fournir des commentaires aux étudiants ;**
- évaluer l'efficacité d'un cours ;
- **encourager les étudiants à étudier ;**
- définir des normes ;
- assurer un contrôle qualité pour le public.

Concernant la sécurité des patients, il est parfois plus difficile d'amener les étudiants à réaliser des tâches et à s'y exercer que d'élaborer un outil d'évaluation qui reflète leurs performances. Tout en gardant à l'esprit que bon nombre de professionnels de santé ne sont pas encore spécialisés en sécurité des patients, l'évaluation devrait encourager le développement continu des connaissances et des compétences des étudiants en la matière. Aucun étudiant ne devrait être recalé à cause d'un échec dans un domaine relevant de la sécurité des patients, sauf si l'erreur est monstrueuse et volontairement dangereuse. La sécurité des patients n'est pas une discipline que les étudiants devraient aborder de manière individuelle. La sécurité des patients dépend d'un ensemble complexe de facteurs : travailler avec la bonne équipe, exercer dans un service de soins organisé pour minimiser les échecs et bénéficier du soutien actif de l'organisation et du management en faveur des initiatives pour la sécurité des patients. En tant que novices, on s'attend à ce que les étudiants aient des connaissances et des compétences limitées puis, qu'avec le temps et au contact d'exemples et de mentors appropriés, et en travaillant avec des équipes performantes, ils deviennent plus avisés et attentifs aux nombreux facteurs environnementaux qui contribuent à rendre les soins possiblement à risques. Au vu de ce contexte concernant la formation des étudiants à la sécurité des patients, le but de leur évaluation en sécurité des patients doit viser à leur fournir un retour d'information et les inciter à s'impliquer dans la sécurité des patients. Tout processus d'évaluation doit refléter ce but.

Impliquer les étudiants dans le processus d'évaluation

L'une des plus grandes difficultés des instituts de formation est de trouver des formateurs ou des professionnels de santé qualifiés pour enseigner la sécurité des patients sur le lieu de travail. Mettre en œuvre un curriculum piloté par les étudiants est une façon de faire face à ce problème. Mais si l'on demande aux étudiants d'effectuer des tâches relatives à la sécurité des patients, c'est avant tout parce que l'apprentissage par la pratique reste la méthode d'enseignement la plus efficace. A la faculté de médecine de l'Université de Sydney (Australie), les étudiants doivent réaliser des activités de sécurité des patients pendant les deux dernières années d'études et pendant leurs stages en milieu hospitalier. Ils peuvent acquérir des connaissances de base mises à leur disposition en ligne afin de disposer d'un savoir accessible en temps réel. Les modules de l'OMS peuvent être édités et mis en ligne. Les étudiants peuvent alors les lire juste avant de pratiquer des activités associées au module d'apprentissage. Les étudiants enregistrent leur expérience et leurs réponses aux questions posées sur une activité particulière dans un formulaire d'une page. A la fin du

semestre, les étudiants se réunissent en petits groupes avec leur tuteur pour échanger leurs expériences et leurs observations. Les tuteurs ou les superviseurs doivent valider les saisies des étudiants en remplissant et en signant le formulaire d'évaluation en cours d'apprentissage obligatoire pour chaque module. L'exemple ci-dessous illustre le module 3 du Guide et les activités que les étudiants doivent mener. Il montre également l'évaluation à laquelle l'enseignant doit procéder.

Figure A.9.1. Contenu du module 3 : Université de Sydney, Australie

Module 3	**Activités**	**Évaluation**
Comprendre l'organisation des systèmes et l'effet de la complexité sur les soins de santé	Lire le module en ligne Suivre un patient depuis son arrivée à l'hôpital jusqu'à sa sortie ou un résultat clair Utiliser le formulaire pour prendre des notes sur l'activité indiquée ci-dessus	Le tuteur valide la participation et les performances satisfaisantes de l'étudiant lors d'une session individuelle (ou le clinicien valide l'activité si aucun entretien individuel n'est prévu).

La Figure A.9.2 montre le formulaire que les étudiants utilisent pour prendre des notes pendant qu'ils suivent le patient tout au long de son parcours à l'hôpital ou au centre de soins.

Figure A.9.2. Exemple de rapport d'étudiant pour le Module 3 : Université de Sydney, Australie

Stade 3 (3è année du programme de troisième cycle) :
Module 3 : Comprendre l'organisation des systèmes

.....

Nom de l'étudiant .....

Numéro d'identification de l'étudiant .....

Date de l'activité .....

Résumé du parcours du patient :

Vos 3 principales observations :

Les 3 leçons les plus importantes :

Fonction de la personne qui valide l'activité :

Nom (en lettres majuscules) .....

Signature .....

Fonction .....

Date de signature .....

Pour d'autres activités comme la sécurité de la prise en charge médicamenteuse ou les procédures invasives, les étudiants doivent être observés par un professionnel de santé pendant qu'ils participent à une activité (conciliation des traitements médicamenteux, préparation des médicaments à la pharmacie, visite des patients avec un pharmacien, observation du temps de pause avant incision). La personne qui les observe doit signer un formulaire attestant que les étudiants ont effectué la tâche.

D'autres exemples d'évaluation des étudiants sont fournis dans la Partie B, Annexe 1.

L'un des avantages des activités conduites par les étudiants est la capacité potentielle à faire évoluer la culture du cadre de travail. Lorsque des étudiants demandent au personnel s'ils peuvent observer une activité particulière ou y participer et expliquent pourquoi, ils ouvrent la voie à une discussion sur le programme de sécurité des patients. Bon nombre de

modules peuvent être enseignés selon un format axé sur les étudiants.

Rôle des mesures dans l'évaluation
Les mesures d'évaluation fiables se composent de quatre éléments : *la validité* (la méthode d'évaluation est-elle valide ?) ; *la fiabilité* (l'évaluation produit-elle toujours les mêmes résultats cohérents ?) ; *la commodité* (combien de temps et de ressources nécessite-t-elle ?) ; et *l'impact positif sur l'apprentissage* (fonctionne-t-elle du point de vue de l'apprenant ?) [1].

Pour de plus amples informations concernant les mesures dans l'évaluation, nous vous recommandons de consulter les ressources suivantes.

Brown S, Glasner A, eds. *Assessment matters in higher education: choosing and using diverse approaches*. Buckingham, Society for Research into Higher Education and Open University Press, 1999.

Miller A, Imrie B, Cox K. *Student assessment in higher education: a handbook for assessing performance*. London, Kogan Page Ltd, 1998.

Évaluations en cours d'apprentissage
Les évaluations en cours d'apprentissage sont une partie inhérente et essentielle du processus d'apprentissage pour les étudiants. La formation à la sécurité des patients se prête bien à ce type d'évaluation. Il existe un large éventail d'activités en la matière dans toutes les composantes de n'importe quel programme de soins de santé. L'auto-évaluation correspond à la capacité des étudiants à évaluer leurs propres besoins d'apprentissage et à choisir les activités pédagogiques qui y répondent. (La majorité des preuves disponibles suggère que les étudiants ont une capacité limitée à s'auto-évaluer avec précision et qu'une évaluation externe peut être requise).

Les évaluations en cours d'apprentissage devraient être continues et fournir aux étudiants des retours sur leurs performances. Elles ont pour objectif d'inciter les étudiants à partager leurs observations et expériences de la pratique des soins de santé. Nous souhaitons que les étudiants se sentent libres de faire part de leur vulnérabilité et de leurs faiblesses. Une approche fondée sur la punition générera l'effet inverse et obligera les étudiants à dissimuler leur niveau réel de connaissances et de compétences. Ils pourraient également hésiter à partager leurs observations, surtout lorsqu'elles portent sur des pratiques ou des soins non sûrs.

Évaluations-bilans
Toutes les composantes des évaluations que les étudiants passent pour être admis, ou doivent passer avant de pouvoir progresser d'une partie du cours à une autre, sont considérées comme des évaluations-bilans. En règle générale, ces évaluations sont de deux types : les examens finaux et les évaluations continues.
L'exemple ci-dessus de l'Université de Sydney illustre l'évaluation-bilan obligatoire. Les étudiants doivent réaliser des activités et sont évalués lors d'une discussion ou d'une observation individuelle. Ils ont un semestre pour mener à bien les travaux prévus dans le cadre de ces évaluations. Ces évaluations ont généralement lieu au terme d'une période de huit semaines, à la fin du semestre, de l'année ou du programme. Ce chapitre est principalement consacré aux évaluations finales obligatoires.

Évaluations-bilans continues
De nombreuses évaluations continues peuvent être facilement introduites au sein du programme de sécurité des patients. Bon nombre de programmes de formation aux professions de santé pourraient incorporer ces éléments aux portfolios existants ou aux « relevés de notes ».

Quelques caractéristiques des pratiques de « meilleure évaluation » dans le domaine de la sécurité des patients

Les principes d'évaluation suivants s'appliqueront pour réaliser les objectifs d'un curriculum de sécurité des patients. L'évaluation devrait :

- guider l'apprentissage vers la réalisation des objectifs d'apprentissage de fin de cursus souhaités, à savoir former un professionnel de santé jeune diplômé capable de soigner ses patients en toute sécurité ;
- s'appuyer sur une solide composante d'évaluation formative, avec des remises à niveau et des conseils réguliers tout au long du cours ;
- être intégrée, par exemple avec les compétences cliniques, et non basées sur les matières ;
- être incluses dans les examens portant sur les compétences cliniques et les comportements professionnels à tous les stades du cours ;
- être incluse dans les examens portant sur les sciences fondamentales, par ex. intégrée aux sciences de la santé des populations à tous les stades du cours ;
- être progressive et veiller à ce que des sujets traités à des stades antérieurs du cours figurent dans tous les examens ;
- être conçue dans l'optique qu'elle satisfasse aux normes d'assurance qualité ;
- viser l'équité en impliquant aussi bien les étudiants que le personnel dans le processus d'élaboration ;
- être motivante et guider les étudiants vers ce qu'ils doivent apprendre pour exercer en tout sécurité ;
- être réalisable et acceptable par le corps enseignant et les étudiants.

Définir ce qui doit être évalué

Définir l'ensemble des compétences à évaluer (modèle)

Les étudiants du monde entier sont inquiets face à la quantité d'informations qu'ils doivent apprendre et angoissés de ne pas savoir ce qui pourrait être évalué. Le corps enseignant devrait définir l'ensemble des compétences (ou connaissances) à évaluer, ce qui devrait normalement découler directement des objectifs d'apprentissage fixés par le curriculum. Il est important de veiller à ce que l'évaluation prévue couvre de façon appropriée toutes les compétences d'ici la fin du cycle d'études. Certaines compétences doivent être systématiquement évaluées afin de s'assurer que les étudiants s'appuient sur leurs connaissances et les intègrent dans leur domaine de pratique. Le Tableau A.9.1 montre les différentes composantes de la sécurité des patients qui peuvent être utilisées pour des évaluations finales pendant la quatrième année d'études en santé.

Tableau A.9.1. Modèle illustrant les évaluations finales des composantes du curriculum de sécurité des patients

Objectifs d'apprentissage mesurables	Première année d'évaluation des modules du curriculum dans le cadre d'un programme classique			
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4
Qu'est-ce que la sécurité des patients ?	X			
Systèmes de santé		X		
Communication		X		
Soins sûrs des patients			X	
S'impliquer avec les patients			X	
Travail en équipe			X	
Amélioration de la qualité				X
Systèmes de santé		X		
Sécurité de la prise en charge médicamenteuse				X

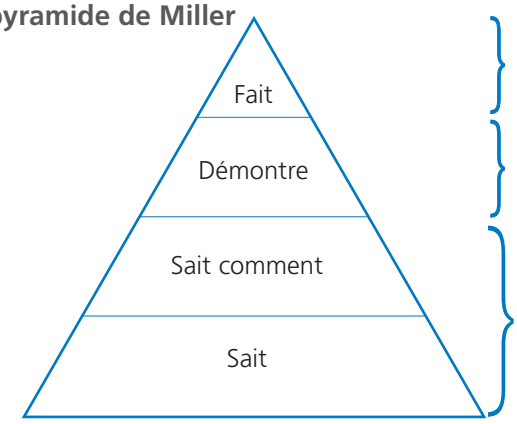
Sélectionner les méthodes d'examen appropriées

L'évaluation de la sécurité des patients doit correspondre aux objectifs d'apprentissage convenus. Il est peu probable qu'un format d'évaluation particulier permette de tous les évaluer. Il faut connaître l'éventail des méthodes d'évaluation existantes et en choisir une en fonction de ses avantages et de ses limites. Laissez l'objectif de l'évaluation, par exemple « évaluer les connaissances en matière de déclaration des EIAS », guider le choix du format d'évaluation, dans ce cas une question rédactionnelle ou un questionnaire à choix multiple (QCM).

Le format le mieux adapté à l'évaluation des méthodes d'amélioration de la qualité pourrait être un projet étudiant. Il existe plusieurs concepts fondamentaux relatifs à l'évaluation pour aider à choisir le type de format d'évaluation qui convient le mieux. L'un des plus connus est la pyramide de Miller qui suggère que les performances d'un étudiant se répartissent en quatre niveaux (voir la Figure A.9.3) :

- sait ;
- sait comment ;
- démontre :
- fait.

Figure A.9.3. La pyramide de Miller



Observation directe dans des contextes réels (technologies émergentes)

Observation directe dans des contextes simulés (par ex. : ECOS)

Diverses questions à réponse choisie et à réponse construite (écrites ou informatisées) (technologie de rédaction de questions)

Source : Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/ performance. *Academic Medicine*,1990 [2].

Par exemple, « démontrer » est lié aux compétences spécifiques qui correspondent au niveau d'expertise de l'étudiant. Elles peuvent être testées au moyen, par exemple, d'une station d'examen clinique objectif structuré (ECOS).

Comme le montre la Figure 3, les connaissances (« sait ») peuvent être testées via des QCM par exemple.

Les formats d'évaluation qui sont généralement utilisés par les écoles de formation aux professions de santé peuvent inclure :

A l'écrit :
- les dissertations ;
- les questionnaires à choix multiples (1 sur 4/5) ;
- les questions à appariement étendu ;
- les questions à réponses courtes structurées ;
- les questions rédactionnelles ;
- les travaux écrits (rapports de projet, compositions) ;
- les portfolios ou les logbooks.

Performances au travail (pratiques) :
- les examens à stations multiples ;
- l'observation directe des performances (par ex. cas longuement observés, évaluation clinique brève) ;
- l'évaluation multisource ;
- les rapports structurés (par ex. : évaluations de stage) ;
- les présentations orales (par ex. : projets, discussion de cas) ;
- l'auto-évaluation ;
- les examens oraux structurés.

Chacun de ces formats présente des avantages et des points faibles dont il convient de tenir compte dans le choix de la méthode d'évaluation adaptée à un objectif d'apprentissage particulier dans le cadre d'un curriculum de sécurité des patients.

Évaluation écrite

Dissertation
Certains établissements utilisent la forme classique de la dissertation. Il y a de nombreux avantages à permettre aux étudiants de montrer leur esprit critique et leurs capacités en matière de raisonnement et de résolution des problèmes. Si l'on peut être tenté d'opter pour des dissertations, qui donnent aux étudiants la possibilité d'exprimer leur façon de penser, il faut être conscient qu'il s'agit d'une méthode d'évaluation dont la notation requiert beaucoup de temps et peut varier largement selon les examinateurs. La bonne évaluation d'une dissertation dépend de la qualité des commentaires faits aux étudiants sur leurs travaux. Recevoir une note sans aucun commentaire décourage les étudiants qui souhaitent savoir ce que l'examinateur a pensé de leurs réponses aux questions. Certains modules se prêtent bien aux dissertations mais, à moins que le corps enseignant ne dispose des ressources nécessaires pour fournir des évaluations commentées de qualité, cette méthode devrait être évitée.

Questions à choix multiple/questions à appariement étendu
Les QCM et les questions à appariement étendu sont des formats intéressants car ils permettent de tester un large échantillon du curriculum, ils sont adaptés à la notation automatique et ils évaluent de façon fiable les capacités d'un étudiant. Cependant, leur principal inconvénient concernant la sécurité des patients est qu'ils tendent à tester uniquement les connaissances. Par exemple, ils peuvent servir à déterminer si un étudiant connaît les caractéristiques d'une équipe efficace mais pas si l'étudiant applique ses connaissances dans la pratique. Les questions à appariement étendu ont été conçues pour faire face au problème posé par la composante « chance » des QCM. Voir la Partie B, Annexe 2 pour un exemple de QCM.

Questions rédactionnelles
Les questions rédactionnelles appellent des réponses de 5 à 10 minutes et favorisent les réponses courtes à des scénarios adaptés. Fournir un modèle de réponse et une grille de notation permet aux examinateurs d'assurer une certaine normalisation. Plusieurs questions rédactionnelles portant sur différents sujets peuvent être posées dans le même délai qui serait nécessaire pour rédiger une dissertation traitant d'un seul domaine du curriculum. Voir la Partie B, Annexe 2, pour un exemple dans le domaine des soins infirmiers.

Portfolio/logbook
Il existe un éventail de méthodes d'évaluation facile à associer aux objectifs d'apprentissage : un journal des activités professionnelles, un bilan des réalisations sur une section du programme, la documentation appuyant une évaluation annuelle accompagnée de plans d'apprentissage. L'un des éléments particulièrement utile du portfolio est l'incident critique. Il est possible de demander aux étudiants de réfléchir, de façon structurée, aux situations qu'ils ont observées qui comprenaient une composante de sécurité des patients. Les étudiants remettent leur portfolio ou journal aux fins de notation par un tuteur approprié.

Clinique/pratique
De très nombreuses données montrent que la précision des évaluations des compétences augmente avec le nombre d'examinateurs qui les réalisent. Il est très important que dans les établissements de formation aux professions de santé des questions touchant à la sécurité des patients soient présentes dans les grilles d'évaluation, dans la formation des examinateurs et dans les séances de débriefing après

les évaluations. Si le module est évalué séparément, les étudiants seront enclins à considérer la sécurité des patients comme une matière supplémentaire et non comme une partie intégrante des soins sûrs.

Examen clinique objectif structuré
L'ECOS est une succession de petits cas cliniques simulés évalués par un patient standardisé ou par le formateur/l'enseignant clinique. Au moins un objectif de sécurité des patients peut être intégré dans la check-list de chacun des scénarios. Il est également possible de consacrer tout un cas à la sécurité des patients, par exemple l'annonce d'un EIAS à un patient simulé ayant reçu le mauvais médicament. Les cas dans lesquels les étudiants doivent analyser les dossiers médicaux, les résultats d'examens, les radiographies ou les enquêtes sont parfois appelés « stations statiques » car ils ne nécessitent pas l'observation du comportement de l'étudiant. Cela permet, par exemple, de simuler des erreurs de prescriptions et d'enregistrer les actions des étudiants. Voir la Partie B, Annexe 2 pour un exemple d'ECOS.

Évaluation multisource
L'évaluation multisource consiste à recueillir les avis relatifs à un étudiant dans l'environnement d'apprentissage qu'il a fréquenté auprès de divers professionnels de santé et pairs. Dans l'idéal, les items d'une check-list portant sur les soins sûrs et la bonne communication devraient être intégrés dans la grille de notation.

Évaluation clinique brève
On parle d'évaluation clinique brève lorsque le superviseur ou le formateur observe un étudiant en train de recueillir une anamnèse, de réaliser un examen ou de s'entraîner à communiquer avec un vrai patient et note cet étudiant sur plusieurs points. Les résultats combinés de plusieurs activités sont utilisés pour déterminer le niveau de compétence de l'étudiant. Une fois de plus, il est important de veiller à ce que des éléments ayant trait à la sécurité des patients soient inclus dans la grille de notation. Dans le cadre de l'évaluation clinique brève, la préparation des examinateurs est essentielle. Il convient également de s'assurer que les formateurs/superviseurs intègrent des références à la sécurité des patients dans leurs sessions de formation.

Évaluations de fin de stage clinique/ échelle d'évaluation globale
Cette évaluation vise à fournir une vision réaliste des progrès des étudiants. Elle est généralement réalisée par le formateur ou le superviseur, en fonction de ses connaissances personnelles ou après avoir consulté ses confrères. Des critères portant sur la sécurité des patients doivent être inclus.

Discussion de cas
La discussion de cas est une discussion structurée menée par le formateur/superviseur axée sur le raisonnement professionnel/clinique et la prise de décision. Elle repose sur des cas réels dans lesquels les étudiants ont été impliqués. Il s'agit d'une méthode relativement sous-exploitée permettant d'analyser la compréhension des questions de sécurité des patients dans le cadre de cas réels.

Adapter l'évaluation aux objectifs d'apprentissage
Il faut toujours adapter les évaluations aux résultats souhaités de l'apprentissage. La plupart des curriculums définissent des objectifs d'apprentissage, certains plus détaillés que d'autres. Le Tableau A.9.2 fournit une liste complète des objectifs d'apprentissage pour la sécurité des patients à laquelle les évaluations appropriées peuvent facilement être associées.

Tableau A.9.2. Modèle d'objectifs d'apprentissage typiques en matière de sécurité des patients à atteindre à la fin d'un programme de formation professionnelle associés aux formes d'évaluation traditionnellement employées

Compétences	Formats d'évaluation
Sécurité des soins aux patients : systèmes	
Comprendre les interactions complexes entre l'environnement de soins, les professionnels de santé et le patient	Dissertations, évaluation en cours de formation validant que l'étudiant a accompagné un patient pendant son parcours à travers le service, suivi d'une discussion en petits groupes.
Connaître les mécanismes de réduction des erreurs, par ex. check-lists, chemins cliniques avant incision	Évaluation en cours de formation signée par le formateur ou le superviseur attestant de la participation de l'étudiant à un temps de pause ou à une autre activité.
Sécurité des soins aux patients : risque et prévention	QCM/questions rédactionnelles
Connaître les principales sources d'erreurs et de risque en milieu de travail	Dissertation/questions rédactionnelles
Comprendre comment ses limites personnelles contribuent au risque	Épreuve orale/portfolio

Promouvoir la sensibilisation au risque en milieu de travail en identifiant et en signalant les risques potentiels pour les patients et le personnel	Portfolio
Sécurité des soins aux patients : EIAS et presque-accidents	
Comprendre les dommages causés par les erreurs et les défaillances systémiques	Dissertation/questions rédactionnelles
Connaître les principes de la déclaration des EIAS conformément au système local en vigueur	Questions rédactionnelles
Comprendre les principes de la gestion des EIAS et des presque accidents	Questions rédactionnelles
Comprendre les principaux problèmes de santé de votre collectivité	QCM
Connaître les procédures de signalement des « maladies à déclaration obligatoire » aux autorités	QCM
Comprendre les principes de gestion d'une flambée épidémique	Questions rédactionnelles
Sécurité des soins aux patients : prévention des infections	
Comprendre le choix avisé d'antibiotiques/d'antiviraux	QCM
Suivre les bonnes pratiques d'hygiène des mains et les techniques d'asepsie	ECOS
Toujours mettre en œuvre les méthodes de réduction de la transmission des infections entre les patients	ECOS
Connaître les risques associés à l'exposition aux examens radiologiques et aux procédures	QCM/questions rédactionnelles
Savoir prescrire correctement des examens radiographiques et des procédures	Questions rédactionnelles
Sécurité des soins aux patients : sécurité de la prise en charge médicamenteuse	
Connaître les médicaments les plus souvent impliqués dans des erreurs de prescription et d'administration	QCM
Savoir comment prescrire et administrer les médicaments en toute sécurité	ECOS
Connaître les procédures de déclaration des erreurs médicamenteuses/ presque accidents conformément aux obligations locales	Portfolio
Communication	
Interaction avec les patients : contexte	
Comprendre l'impact de l'environnement sur la communication, par ex. la confidentialité, le lieu	Questions rédactionnelles
Employer les bonnes méthodes de communication et connaître leur rôle dans l'établissement de bonnes relations	ECOS
Mettre au point des stratégies pour prendre en charge un patient difficile ou vulnérable	ECOS
Interaction avec les patients : respect	
Faire preuve de courtoisie et de respect vis-à-vis des patients, connaître et être attentifs aux différents contextes et cultures	ECOS/évaluation clinique brève
Veiller au respect de l'intimité et de la confidentialité	
Fournir aux patients des informations claires et honnêtes et respecter leurs choix thérapeutiques	ECOS/évaluation clinique brève
Interaction avec les patients : information	
Comprendre les principes de la communication efficace	ECOS/évaluation clinique brève/ évaluation multisource
Communiquer avec les patients et leur entourage de façon compréhensible	ECOS
Faire participer les patients aux discussions concernant leur prise en charge	Portfolio
Interaction avec les patients : rencontres avec les familles et l'entourage	
Comprendre l'impact des dynamiques familiales sur la communication efficace	Portfolio
Veiller à ce que la famille/l'entourage concernés participent aux réunions et à la prise de décision	Portfolio
Respecter le rôle des familles dans la prise en charge des patients	Questions rédactionnelles/ portfolio
Interaction avec les patients : annonce d'une mauvaise nouvelle	
Comprendre la perte et le deuil	Questions rédactionnelles
Participer à l'annonce d'une mauvaise nouvelle aux patients et à leur entourage	ECOS
Faire preuve d'empathie et de compassion	ECOS
Interaction avec les patients : annonce d'un dommage associé aux soins	
Comprendre les principes de l'annonce d'un dommage associé aux soins	Questions rédactionnelles
Veiller à ce que les patients victimes d'un EIAS reçoivent soutien et soins	ECOS
Se montrer compréhensif vis-à-vis des patients victimes d'un EIAS	ECOS
Interaction avec les patients : plaintes	
Comprendre les facteurs susceptibles de conduire à des plaintes	Questions rédactionnelles/ portfolio
Réagir de façon appropriée aux plaintes en suivant les procédures locales	ECOS
Adopter des comportements permettant de prévenir les plaintes	ECOS

Outils et ressources documentaires

Newble M *et al.* Guidelines for assessing clinical competence. *Teaching and Learning in Medicine*, 1994, 6:213–220.

Roberts C et al. Assuring the quality of high stakes undergraduate assessments of clinical competence. *Medical Teacher*, 2006, 28:535–543.

Walton M *et al.* Developing a national patient safety education framework for Australia. *Quality and Safety in Health Care* 2006 15:437-42.

Van Der Vleuten CP. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. *Advances in Health Science Education*, 1996, 1:41–67.

Discussion de cas

Southgate L *et al.* The General Medical Council's performance procedures: peer review of performance in the workplace. *Medical Education*, 2001, 35 (Suppl. 1):S9–S19.

Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 1990, 65 (Suppl.):S63–S67.

Évaluation clinique brève

Norcini J. The mini clinical evaluation exercise (mini-CEX). *The Clinical Teacher*, 2005, 2:25–30.

Norcini J. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:476–481.

Évaluation multisource

Archer J, Norcini J, Davies H. Use of SPRAT for peer review of paediatricians in training. *British Medical Journal*, 2005, 330:1251–1253.

Violato C, Lockyer J, Fidler H. Multisource feedback: a method of assessing surgical practice. *British Medical Journal*, 2003, 326:546–548.

Questions à choix multiples

Case SM, Swanson DB. *Constructing written test questions for the basic and clinical sciences*. Philadelphia, National Board of Medical Examiners, 2001.

Examen clinique objectif structuré

Newble DI. Techniques for measuring clinical competence: objective structured clinical examinations. *Medical Education*, 2004, 35:199–203.

Portfolios

Wilkinson T et al. The use of portfolios for assessment of the competence and performance of doctors in practice. *Medical Education*, 2002, 36:918–924.

Références

1. Newble D, Cannon R. *A handbook for medical teachers*, 4th ed. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2001.
2. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*,1990, 65 (Suppl.):S63-S67.

10. Comment évaluer les curriculums sur la sécurité des patients ?

Introduction

Dans cette section, nous avons résumé certains principes généraux de l'évaluation de la qualité des programmes. Suite à la publication de ce document, l'OMS prévoit de diffuser des outils d'évaluation standards adaptés au Guide pédagogique.

En tant qu'individus, nous procédons chaque jour à des évaluations : que devons-nous manger ? Quels vêtements porter ? Comment était le film ? L'évaluation est une composante importante de tout curriculum et devrait faire partie de la stratégie de mise en œuvre des programmes de sécurité des patients en vigueur dans votre établissement ou votre hôpital/salle de classe. Elle peut être simple, comme demander aux étudiants de remplir un questionnaire après un cours sur la sécurité des patients afin de déterminer ce qu'ils ont appris, ou complexe, comme un examen portant sur l'ensemble du curriculum et impliquant tout le corps enseignant, avec des enquêtes et des groupes de réflexion auxquels participent les étudiants et le personnel, l'observation de sessions pédagogiques et d'autres méthodes d'évaluation.

L'évaluation comporte trois principales étapes :

- l'élaboration d'un plan d'évaluation ;
- la collecte et l'analyse des données ;
- la diffusion des résultats aux parties prenantes concernées.

En quoi l'évaluation des programmes diffère de l'évaluation des étudiants ?

En raison de l'utilisation d'un seul et même terme, les informations relatives à ces deux notions peuvent prêter à confusion. Il convient de bien comprendre que l'évaluation des étudiants porte sur les performances de ces derniers, alors que l'évaluation des programmes se penche sur les contenus enseignés et la façon dont ils sont enseignés. Dans le cadre de l'évaluation des étudiants, les données sont collectées à partir d'une source unique (l'étudiant) alors que dans l'évaluation des programmes, les données peuvent provenir de plusieurs sources (les étudiants, les patients, les enseignants et/ou d'autres parties prenantes).

Évaluation des étudiants : performances des étudiants
Évaluation des programmes : qualité des cours/programmes et qualité de l'enseignement

Étape 1 : Élaboration d'un plan d'évaluation

Qu'est-ce qui est évalué ?

La première étape fondamentale de l'élaboration d'un plan d'évaluation est d'en identifier l'objet : un cours sur la sécurité des patients ? tout le curriculum ? Évaluons-nous la capacité du corps enseignant à mettre en œuvre le programme ? Évaluons-nous les performances/l'efficacité de l'enseignant ? Les objets de l'évaluation peuvent être classés en différentes catégories, politique, programme, produit ou individuel [1], et tous peuvent s'appliquer au contexte pédagogique.

Qui sont les parties prenantes ?

Il y a souvent plusieurs parties prenantes concernées par l'évaluation de l'éducation à la sécurité des patients. Il est toutefois important d'identifier le principal public car cela aura un impact sur la ou les questions auxquelles vous souhaitez que l'évaluation réponde. Le principal public visé peut être l'université, le corps enseignant concerné, l'administration hospitalière, les enseignants, les étudiants ou les patients/le public. Vous pouvez, par exemple, être le principal public visé si vous êtes enseignant et que vous souhaitez savoir comment vos étudiants réagissent à l'introduction de l'éducation à la sécurité des patients dans votre cours.

Quel est le but de l'évaluation ?

Après avoir identifié le principal public visé/la ou les principales parties prenantes, il faut décider de ce que vous essayez d'obtenir par l'évaluation. A quelle(s) question(s) tentez-vous de répondre ? Cela peut dépendre de votre rôle dans la formation à la sécurité des patients. Le Tableau A.10.1 donne des exemples de questions pouvant être posées en fonction de la principale partie concernée.

Tableau A.10.1. Exemples de questions à poser aux différentes parties concernées

Partie prenante	Questions d'évaluation possibles
Administrateurs de l'hôpital/personnel clinique	L'enseignement de la sécurité des patients aux professionnels de santé s'est-il traduit par une réduction du nombre des EIAS ?
Corps enseignant de l'université	Quelle est la façon la plus efficace de mettre en œuvre ce curriculum au sein de votre établissement ?
Enseignants individuels	Mon enseignement du curriculum est-il efficace ? Les étudiants participent-ils à l'apprentissage de la sécurité des patients ? En appliquent-ils les principes dans le cadre de leurs stages ?

Quelles sont la ou les formes d'évaluation les plus adaptées ?
Les formes ou types d'évaluation peuvent être classés comme suit : proactive, clarificative, participative, de surveillance et d'impact [2]. Les formes varient en termes d'objectif principal de l'évaluation, des stades de mise en œuvre du programme/curriculum, des types de questions que vous souhaitez poser et des approches clés requises. Le Tableau A.10.2 résume chaque forme d'évaluation.

Tableau A.10.2. Formes d'évaluation

But	Proactive	Clarificative	Participative	De surveillance	D'impact
Orientation	Synthèse	Clarification	Amélioration	Justification	Justification
				Mise au point précise	Responsabilité
Axe majeur	Contexte pour le curriculum	Tous les éléments	Enseignement	Enseignement	Enseignement
				Résultats	Résultats
État d'avancement du programme/ curriculum	Nul (pas encore mis en œuvre)	Phase d'élaboration	Phase d'élaboration	Établi	Établi
				Mis en œuvre	Mis en œuvre
Calendrier de mise en œuvre	Avant	Pendant	Pendant	Pendant	Après
Approches clés	Évaluation des besoins	Étude d'évaluation	Réactivité	Analyse des composantes	Basées sur les objectifs
			Recherche-action		Basées sur les objectifs
	Revue de la littérature	Développement logique	Développement	Évaluation des performances transmises	Sans objectif
			Responsabilisation		Résultats du processus
		Accréditation	Contrôle de la qualité		Réalistes
				Analyse des systèmes	Contrôle des performances
Collecte de données	Revue de documents, bases de données	Ensemble d'analyse de documents, d'entretiens et d'observation	Observation sur le terrain	Une approche systémique requiert des systèmes de gestion des informations disponibles	Modèles de recherche pré-établis
	Visites de sites Groupes de réflexion, technique du groupe nominal		Questionnaires		Groupes de traitement et témoin quand cela s'avère possible
			Entretiens		
			Groupes de réflexion		
	Méthode Delphi pour l'évaluation des besoins	Les résultats incluent un plan du programme et les conséquences en matière d'organisation. Peut contribuer à améliorer le moral	Le degré de structure des données dépend de l'approche.	l'utilisation d'indicateurs et l'utilisation cohérente des données relatives aux performances	Observation
					Tests et autres données quantitatives
			Peut impliquer les professionnels (enseignants) et les participants au programme (étudiants)		Déterminer tous les résultats requiert l'utilisation de méthodes plus axées sur l'exploration et de données qualitatives

Types de questions	Le programme est-il nécessaire ?	Quels sont les résultats souhaités et comment le programme est-il conçu pour les atteindre ?	Qu'est-ce que le programme essaie de réaliser ?	Le programme atteint-il la population ciblée ?	Le programme a-t-il été mis en œuvre comme prévu ?
	Que savons-nous du problème dont traitera le programme ?	Quelle est la justification sous-jacente du programme ?	Comment cela se passe-t-il ?	La mise en œuvre satisfait-elle aux objectifs et critères fixés ?	Les objectifs fixés ont-ils été atteints ?
	Quelles sont les meilleures pratiques reconnues ?	Quels éléments doivent être modifiés pour optimiser les résultats souhaités ?	L'enseignement fonctionne-t-il ?	Comment la mise en œuvre se passe-t-elle entre les sites ?	Les besoins des étudiants, des enseignants et autres auxquels répond le programme ont-ils été satisfaits ?
		Le programme est-il plausible ?	L'enseignement est-il cohérent avec le plan du programme ?	Où en est la mise en œuvre actuelle comparée à il y a un mois/6 mois/ un an ?	Quels sont les résultats imprévus ?
		Quels aspects du programme peuvent être suivis afin de réaliser une évaluation d'impact ?	Comment l'enseignement pourrait être modifié pour le rendre plus efficace ?	Vos coûts sont-ils en hausse ou en baisse ?	Comment les différences de mise en œuvre affectent les résultats du programme ?
			Comment cette organisation pourrait être modifiée pour la rendre plus efficace ?	Comment pouvons-nous affiner le programme afin de le rendre plus efficace ?	Le programme est-il plus efficace pour certains participants ?
				Certains sites du programme requièrent-ils une attention particulière pour y garantir un enseignement plus efficace ?	Le programme présente-t-il un bon rapport coût-efficacité ?

Source : Adapté de Owen J. *Program evaluation: forms and approaches,* 2006 [1].

Étape 2 : Collecte et analyse des données

Collecte

Il existe plusieurs sources de données et méthodes de collecte à prendre en considération dans l'évaluation des curriculums de sécurité des patients ou de tout autre objet. Les sources et les méthodes que vous utilisez, ainsi que leur nombre, dépendent du but recherché de votre évaluation, de sa forme, de sa portée et de son échelle. Parmi les sources potentielles, citons :

- les étudiants (futurs, actuels, passés, ayant abandonné) ;
- soi-même (introspection) ;
- les collègues (enseignants, tuteurs, enseignants extérieurs au cours) ;
- les experts en matière de conception disciplinaire/pédagogique ;
- le personnel chargé du développement professionnel ;
- les étudiants diplômés et les employeurs (par ex. : les hôpitaux) ;
- les documents et les dossiers (par ex. : supports pédagogiques, rapports d'évaluation).

Les données peuvent être recueillies auprès des sources énumérées ci-dessus de plusieurs façons, notamment l'introspection, les questionnaires, les groupes de réflexion, les entretiens individuels, l'observation et les documents/dossiers.

Introspection

Il s'agit d'une activité importante pour tous les formateurs. Elle joue un rôle clé dans l'évaluation. Une méthode efficace d'introspection comprend les étapes suivantes :

- consigner par écrit votre expérience de l'enseignement (dans ce cas, l'éducation à la sécurité des patients) ou les retours d'expérience de collègues ;
- décrire vos sentiments et s'ils vous ont surpris ;
- réévaluer votre expérience dans le contexte des hypothèses formulées [3] :
  - Les hypothèses étaient-elles correctes ? Pourquoi ?

L'introspection fait émerger de nouvelles perspectives et suscite un engagement plus ferme en faveur des mesures à prendre en termes d'amélioration ou de renforcement du curriculum et/ou de l'enseignement.

Questionnaires
Les questionnaires sont certainement la méthode de collecte des données la plus répandue. Ils fournissent des informations relatives aux connaissances, croyances, attitudes et comportements des personnes interrogées [4]. Si vous êtes intéressé par la recherche et la publication des résultats des évaluations, il pourrait être important d'utiliser un questionnaire déjà validé et publié.. Cela vous épargnera du temps et des ressources et vous permettra de comparer vos résultats à ceux d'autres études ayant utilisé le même outil. Il est toujours utile de commencer par rechercher dans la littérature tous les outils déjà existants.

Cependant, les enseignants/facultés/universités choisissent bien souvent de concevoir leurs propres questionnaires pour leur propre utilisation. Les questionnaires peuvent être composés de questions ouvertes et/ou fermées et peuvent se présenter sous différents formats comme des cases à cocher, des échelles d'évaluation ou des réponses en texte libre. La bonne conception d'un questionnaire est essentielle pour la collecte de données qualitatives. En outre, il existe de nombreux écrits sur l'importance de la présentation et la façon de formuler des questions adaptées [5]. Avant d'élaborer votre questionnaire d'évaluation de l'enseignement ou des curriculums de sécurité des patients, nous vous recommandons de consulter une des références ou ressources suggérées.

Groupes de réflexion
Les groupes de réflexion constituent une méthode d'exploration utile et un bon moyen d'inciter les étudiants ou les tuteurs à exprimer leurs points de vue [6]. Ils fournissent souvent des informations plus détaillées que les questionnaires et favorisent une exploration plus souple et interactive des attitudes et des expériences vis-à-vis des modifications d'un curriculum. Ils peuvent être utilisés associés à des questionnaires ou à d'autres méthodes de collecte des données afin de vérifier les données. Ils peuvent varier en termes de structure et de mise en œuvre et prendre la forme de dialogues souples ou d'entretiens réglementés et formels. En fonction des ressources disponibles et du niveau d'analyse recherché, vous pouvez vouloir enregistrer ou filmer les groupes de réflexion, en plus ou au lieu de prendre des notes.

Entretiens individuels
Les entretiens individuels sont l'occasion d'explorer plus en profondeur les attitudes vis-à-vis de la modification du curriculum et les expériences une fois le curriculum modifié mis en œuvre. A l'instar des groupes de réflexion, ils peuvent être structurés, semi-structurés ou non structurés. Si les entretiens individuels fournissent des informations sur un ensemble plus restreint d'expériences que les groupes de réflexion, ils permettent néanmoins à la personne qui pose les questions d'étudier de façon plus approfondie les points de vue et les vécus d'une personne en particulier. Les entretiens individuels peuvent constituer une méthode efficace pour obtenir des données d'évaluation auprès de collègues, formateurs ou superviseurs ou encore responsables/administrateurs de la faculté.
Observation
Pour certaines formes d'évaluation, observer des cours d'éducation à la sécurité des patients peut s'avérer utile pour comprendre en profondeur comment le contenu est enseigné et/ou reçu. Une grille d'évaluation devrait être utilisée afin de fournir un cadre aux observations. La grille d'évaluation peut être relativement souple (une simple feuille de notes) ou très structurée (l'observateur note l'objet de l'évaluation sur divers aspects prédéterminés et commente chaque aspect).

Documents/dossiers
Dans le cadre de votre évaluation, vous pouvez également souhaiter examiner les données statistiques ou documentaires comme les supports pédagogiques utilisés ou les données relatives aux performances des étudiants. D'autres informations telles que les données hospitalières concernant les EIAS peuvent s'avérer utiles, selon la ou les questions posées par votre évaluation.

Analyse
La collecte des données peut inclure une seule méthode parmi celles décrites ci-dessus, ou plusieurs. Dans les deux cas, trois éléments étroitement liés doivent être pris en considération lors de l'analyse des données [1] :

- l'affichage des données : organiser et rassembler les données recueillies de façon adaptée ;
- la réduction des données : simplifier les données brutes et les rendre plus exploitables ;
- la formulation d'une conclusion : donner du sens aux informations à la lumière de vos questions d'évaluation.

Étape 3 : diffuser les résultats et prendre des mesures

Bien trop souvent, les conclusions et les recommandations des évaluations des programmes restent lettre morte. La première mesure à prendre pour éviter cela est de diffuser ces informations importantes auprès de toutes les parties prenantes concernées. Si l'évaluation porte sur la qualité de l'enseignement de la sécurité des patients, les résultats (obtenus à partir de questionnaires aux étudiants et d'observation des cours par des pairs par exemple) doivent être communiqués à l'administration mais aussi aux enseignants et faire l'objet de discussions. K. Brinko a effectué une excellente analyse des meilleures pratiques en matière de processus de retour d'expérience aux étudiants ou à des confrères. Il est important que les commentaires soient perçus de manière à favoriser le développement ou l'amélioration. Si l'évaluation se concentre sur l'efficacité du curriculum de sécurité des patients, toute conclusion et recommandation d'amélioration doit être communiquées à toutes les personnes ayant participé à la mise en œuvre du curriculum (par ex. aux niveaux de l'institution, de la faculté, des enseignants et des étudiants). Le format de diffusion doit être efficace et adapté. La bonne communication des résultats, des conclusions et des recommandations d'une évaluation constitue un vecteur clé de l'amélioration de l'enseignement de la sécurité des patients et de la conception des curriculums.

Outils et ressources documentaires

Les ressources suivantes pourraient vous être utiles à différentes étapes de la planification et d'application de votre évaluation.

DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Medical Education*, 2006, 40:314–321.

Neuman WL. *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*, 6th ed. Boston, Pearson Educational Inc, Allyn and Bacon, 2006.

Payne DA. *Designing educational project and program evaluations: a practical overview based on research and experience*. Boston, Kluwer Academic Publishers, 1994.

University of Wisconsin-Extension. *Program development and evaluation*, 2008 (http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/ ; consulté le 17 février 2010).

Wilkes M, Bligh J. Evaluating educational interventions. *British Medical Journal*, 1999, 318:1269–1272.

Références

1. Owen J. *Program evaluation: forms and approaches*, 3rd ed. Sydney, Allen & Unwin, 2006.
2. Boud D, Keogh R, Walker D. *Reflection, turning experience into learning*. London, Kogan Page Ltd, 1985.
3. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing and developing your questionnaire. *British Medical Journal*, 2004, 328:1312–1315.
4. Leung WC. How to design a questionnaire. *Student British Medical Journal*, 2001, 9:187–189.
5. Taylor-Powell E. *Questionnaire design: asking questions with a purpose*. University of Wisconsin-Extension, 1998 (http://learningstore.uwex.edu/pdf/G36582.pdf ; consulté le 17 février 2011).
6. Barbour RS. Making sense of focus groups. *Medical Education*, 2005, 39:742–750.
7. Brinko K. The practice of giving feedback to improve teaching: what is effective? *Journal of Higher Education*, 1993, 64:574–593.

11. Outils et ressources en ligne

Chaque module est accompagné d'outils sélectionnés sur le Web et conçus pour aider les professionnels de santé et les étudiants à améliorer les soins qu'ils dispensent aux patients. Nous avons inclus uniquement les outils disponibles gratuitement sur Internet. Tous les sites étaient consultables en janvier 2011.

Sont inclus dans la liste des exemples de recommandations, check-lists, sites Internet, bases de données, rapports et fiches d'information. Très peu d'outils ont fait l'objet d'un processus de validation rigoureux. La plupart des mesures de la qualité concernent généralement des processus de soins et de qualité qui s'appliquent à des petits groupes de patients dans des environnements fortement contextualisés [1] comme un service, de rééducation ou autre, ou un centre de soins.

Dans le cadre de la majorité des initiatives de sécurité des patients, les professionnels de santé sont amenés à évaluer les mesures qu'ils prennent lors de la dispensation des soins. C'est ainsi qu'il est possible de déterminer si les modifications programmées ont fait une différence sur la prise en charge ou l'issue des patients. Mettre l'accent sur les mesures constitue une étape importante et indispensable de l'enseignement de la sécurité des patients. Sans mesure, comment savoir qu'une amélioration a bien eu lieu ? Sans attendre des étudiants qu'ils mesurent leurs résultats à la fin de leurs études, ils devraient néanmoins connaître le cycle PDCA qui est le fondement de ces mesures. La plupart des outils disponibles sur Internet l'ont d'ailleurs intégré.

Référence

1. Pronovost PJ, Miller MR, Wacher RM. Tracking progress in patient safety: an elusive target. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 6:696–699.

12. Comment favoriser une approche internationale de l'éducation à la sécurité des patients

La sécurité des patients a un impact sur tous les pays.

En 2002, à l'occasion de l'Assemblée mondiale de la Santé, les États membres de l'OMS ont adopté une résolution sur la sécurité des patients reconnaissant les preuves irréfutables de la nécessité de réduire les dommages causés aux patients et à leurs familles ainsi que leur souffrance et des avantages économiques liés à l'amélioration de la sécurité des patients. L'ampleur des dommages causés aux patients par les soins qu'ils reçoivent a été révélée par la publication d'études internationales issues de nombreux pays dont l'Australie, le Canada, le Danemark, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis d'Amérique. Les préoccupations en la matière sont internationales et il est communément admis que les EIAS sont sous-déclarés dans une très large mesure. Si la plupart des recherches ont été menées en Australie, au Royaume-Uni, aux États-Unis et dans certains pays européens, les défenseurs de la sécurité des patients souhaitent voir la sécurité des patients adoptée dans tous les pays du monde et pas uniquement dans ceux qui disposent des ressources nécessaires pour étudier et publier les initiatives qu'ils lancent dans le domaine. L'internationalisation de la sécurité des patients requière de nouvelles approches de la formation des futurs médecins et professionnels de santé.

Mondialisation

Les mouvements mondiaux de personnel infirmier, médecins et autres professions de santé ont ouvert la voie à l'amélioration de la formation postdoctorale des professions de santé. La mobilité des étudiants et des enseignants ainsi que l'interdépendance des experts internationaux en matière de conception de curriculums, de méthodes pédagogiques et d'évaluation, combinées aux campus locaux et aux environnements cliniques, ont conduit à un consensus quant à ce qui constitue une bonne formation aux professions de santé [1].

L'OMS a fait état d'une pénurie mondiale de 4,3 millions de professionnels de santé. La « fuite des cerveaux » dans ce domaine aggrave la crise dans les pays en développement. Certaines données montrent que les pays en développement qui ont investi dans la formation des futures générations de professionnels de santé ont vu leurs ressources fondre sous les assauts des systèmes de santé des pays à économie de transition ou avancée qui connaissaient alors une pénurie de main-d'œuvre [2].

La mondialisation de la dispensation des soins a contraint les formateurs en santé à reconnaître les difficultés de préparer les étudiants à travailler dans leur pays de formation mais également au sein d'autres systèmes de santé. R. M. Harden [3] a décrit un modèle tridimensionnel de la formation médicale, adapté à toutes les professions de santé, basé sur :

- les étudiants (locaux ou internationaux) ;
- les enseignants (locaux ou internationaux) ;
- le curriculum (local, importé ou international).

Dans l'approche traditionnelle de l'enseignement et de l'apprentissage de la sécurité des patients, les étudiants et les enseignants locaux utilisent un curriculum local. Dans le modèle de l'étudiant international de troisième cycle universitaire ou étranger, les étudiants d'un pays suivent un curriculum enseigné dans un autre pays et conçu par des enseignants d'un troisième pays. Dans le modèle consacré au campus-secteur, les étudiants, généralement locaux, suivent un curriculum importé enseigné par des enseignants locaux et internationaux.

Concernant l'internationalisation de la formation en santé, il convient également de tenir compte du coût abordable des technologies d'apprentissage électronique qui favorisent une interconnexion mondiale dans le cadre de laquelle le fournisseur d'une ressource pédagogique, l'enseignant de cette ressource et les étudiants ne doivent pas nécessairement tous se trouver au même moment dans les locaux de l'université, de l'hôpital ou dans la collectivité.

Les anciens curriculums insistent sur la mobilité des étudiants, des enseignants et du programme entre deux pays régie par un accord mutuel, le pays d'exercice devant assurer la plus grande partie de la formation lorsque l'étudiant reçoit son diplôme.

La nouvelle approche, qui implique l'internationalisation de l'éducation à la sécurité des patients, est intégrée au sein d'un curriculum et prévoit la collaboration entre plusieurs écoles de différents pays. Dans cette approche, les principes de la sécurité des patients sont enseignés dans un contexte mondial et non dans un contexte national.

Ce modèle présente un nombre considérable de défis et d'opportunités de collaboration internationale en matière d'éducation à la sécurité des patients. A cet égard, le Guide pédagogique constitue une excellente base. Il est important de réviser les normes internationales relatives à la formation en santé afin de garantir l'inclusion des principes de la sécurité des patients. A un niveau plus local, les pays doivent personnaliser et adapter les supports. L'expérience des facultés de médecine virtuelle illustre bien l'approche internationale de la formation en santé [4]. Certaines universités internationales ont collaboré pour créer une faculté de médecine virtuelle dont l'objectif était de renforcer l'enseignement et l'apprentissage. Ce modèle pourrait être transposé à la sécurité des patients. L'initiative People's Open Access Education Initiative: Peoples-uni (http://www.peoples-uni.org/ ; consulté le 17 février 2011) a mis au point un curriculum de sécurité des patients en ligne pour les professionnels de santé qui n'ont pas accès aux cours, plus onéreux, de troisième cycle.

Un curriculum virtuel de sécurité des patients pourrait se composer :

- d'une bibliothèque virtuelle donnant accès à des ressources, des outils et des activités d'apprentissage à jour ainsi qu'à la littérature internationale en matière de sécurité des patients (les modules par exemples) ;
- d'une plateforme permettant de poser, en ligne, des questions à des experts en sécurité des patients de différents pays ;
- d'une banque d'études de cas virtuelles traitant la sécurité des patients avec une attention particulière portée sur les questions éthiques, l'annonce d'un dommage associé aux soins et les excuses ;
- d'une approche de la sécurité des patients qui respecte les cultures et les compétences ;
- d'une banque d'évaluation permettant de partager les éléments d'évaluation de la sécurité des patients (par exemple, le Hong Kong International Consortium for Sharing Student Assessment Banks regroupe des facultés de médecine internationales qui alimentent une banque d'éléments d'évaluation en cours d'apprentissage et en fin de formation portant sur tous les aspects des cours de médecine).

Les experts en contenu relatif à la sécurité des patients et en conception pédagogique ne sont pas nombreux et travaillent souvent de manière isolée. Cela entrave l'échange d'information, l'innovation et le développement et se traduit souvent par des doublons inutiles des ressources et des activités d'apprentissage. Une approche internationale de l'éducation à la sécurité des patients permettrait de garantir un réel développement des capacités en matière d'éducation et de formation à la sécurité des patients dans le monde entier. Les pays développés pourraient alors partager leurs ressources pédagogiques avec les pays en développement.

Références

1. Schwarz MR, Wojtczak A. Global minimum essential requirements: a road towards competency oriented medical education. *Medical Teacher*, 2002, 24:125–129.
2. Organisation mondiale de la Santé, *Travailler ensemble pour la santé* - Rapport sur la santé dans le monde 2006 (http://www.who.int/whr/2006/whr06_fr.pdf?ua=1 ; consulté le 15 juin 2011).
3. Harden RM. International medical education and future directions: a global perspective. *Academic Medicine*, 2006, 81 (Suppl.):S22–S29.
4. Harden RM, Hart IR. An international virtual medical school (IVIMEDS): the future for medical education? *Medical Teacher*.

Partie B
Introduction aux Modules du Guide pédagogique

Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients : édition multiprofessionnelle

Définition des principaux concepts

Cadre conceptuel de la Classification internationale pour la sécurité des patients de l'OMS (v.1.1). Rapport technique final, 2009

1. **Effet indésirable** : dommage inattendu résultant d'un acte justifié pour lequel la procédure appliquée était correcte dans le contexte où l'événement est survenu.

2. **Agent** : substance, objet ou système qui entraîne un changement.

3. **Attributs**: qualités, propriétés ou caractéristiques de quelqu'un ou de quelque chose.

4. **Circonstance** : toute situation ou tout facteur qui pourrait influencer un **événement**, un **agent** ou une personne.

5. **Classe** : groupe ou série de choses similaires.

6. **Classification** : organisation de **concepts** en **classes** et leurs subdivisions destinée à rendre compte des **relations sémantiques** entre eux.

7. **Concept** : expression d'une signification.

8. **Facteur contributif** : **circonstance**, acte ou élément susceptible d'avoir contribué à la survenue et au développement d'un **évènement indésirable** ou d'en avoir **accru** le **risque**.

9. **Degré de dommage** : sévérité et durée du dommage et les implications thérapeutiques qui en résultent.

10. **Détection** : toute action ou **circonstance** qui conduit à identifier un **événement indésirable**.

11. **Incapacité** : tout type de détérioration physique ou fonctionnelle restreignant l'activité ou limitant la vie en société qui résulte d'un **dommage** associé à des soins présents ou passés.

12. **Maladie**: dysfonctionnement physiologique ou psychologique.

13. **Erreur** : défaillance dans le déroulement d'une action planifiée ou dans la planification d'une action.

14. **Événement** : fait qui arrive à ou implique un **patient**.

15. **Dommage au patient** : atteinte physique ou fonctionnelle du corps, et/ou tout effet délétère qui en découle. Le dommage inclut la **maladie**, une **blessure**, de la **douleur**, une **incapacité** et le décès.

16. **Événement indésirable grave** : tout **événement** ou circonstance associé aux soins qui a entraîné un **dommage** pour un ou plusieurs patients.

17. **Facteur de risque** : **circonstance, agent** ou action qui peut causer un dommage.

18. **Santé** : état de bien-être complet, physique, mental et social, et pas seulement l'absence de **maladie** ou d'infirmité.

19. **Soins de santé** : prestations dont bénéficient les individus pour promouvoir, maintenir, surveiller ou restaurer la **santé**.

20. **Dommage associé aux soins**: **dommage** résultant de ou associé aux plans ou mesures mis en place pendant les soins. A distinguer d'une **maladie** ou d'une **blessure** sous-jacente.

21. **Caractéristiques de l'événement indésirable** : sélection d'**attributs** de l'**événement**.

22. **Type d'événement indésirable** : terme descriptif correspondant à une catégorie d'événements indésirables de même nature, regroupés en raison de l'accord sur leurs caractéristiques communes.

23. **Blessure** : dommage corporel causé par un **agent** ou un **événement.**

24. **Facteur d'atténuation**: action ou **circonstance** qui prévient ou limite la progression d'un **événement indésirable** menaçant le **patient**.

25. **Presque-accident (« near miss »)** : **événement indésirable** qui n'a pas atteint le patient.

26. **Événement indésirable sans dommage pour le patient : événement indésirable** qui a atteint le patient, mais sans dommage identifiable.

27. **Patient** : personne qui reçoit des **soins**.

28. **Caractéristiques du patient** : sélection d'**attributs** du **patient**.

29. **Résultat pour le patient** : impact sur le patient, totalement ou partiellement attribuable à un **événement indésirable.**

30. **Sécurité des patients** : réduire le risque de **dommage** évitable associé aux **soins** au minimum tolérable.

31. **Événement indésirable en termes de sécurité du patient** : **événement** ou **circonstance** qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un **dommage** qui était évitable.

32. **Évitable** : caractérise un évènement qui, selon un jugement partagé par les professionnels, aurait pu être évité dans des circonstances définies.

33. **Événement porteur de risque** : situation qui présentait un potentiel significatif de survenue d'un dommage mais sans qu'un événement indésirable ne soit survenu.

34. **Un risque** est caractérisé par la probabilité de survenue d'un **événement indésirable** et la gravité de ses effets.

35. **Sécurité** : réduction du risque de **dommage** évitable à un niveau minimal tolérable.

36. **Relation sémantique** : façon par laquelle les **classes** ou **concepts** sont associés entre eux en fonction de leur signification.

37. **Effet secondaire** : effet connu, autre que celui recherché au départ, en lien avec les propriétés pharmacologiques d'un médicament.

38. **Souffrance** : perception de toute chose vécue subjectivement comme désagréable.

39. **Violation** : non-respect délibéré d'une procédure, d'un standard ou d'une règle.

Source : *Cadre conceptuel de la Classification internationale pour la sécurité des patients de l'OMS*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://www.who.int/patientsafety/fr/ ; consulté le 11 mars 2011).

Définitions provenant d'autres sources

1. **Infection associée aux soins** : une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. Les IAS concernent les patients, malades ou non, mais également les professionnels de santé et les visiteurs [1].

2. **Culture de sécurité**: une culture qui témoigne des cinq vertus cardinales suivantes que les professionnels de santé s'efforcent de mettre en œuvre par l'intermédiaire d'un système fort de management de la sécurité. Elle comprend cinq caractéristiques :

1) une culture où tous les professionnels de santé (soignants, médecins, administrateurs) acceptent la responsabilité de leur sécurité, de celle des collègues, des patients et des visiteurs,
2) une culture qui priorise la sécurité devant les exigences financières et opérationnelles, 3) une culture qui encourage et récompense l'identification, la communication, et la résolution de tout problème de sécurité, 4) une culture qui donne à l'organisation les moyens d'apprendre de ses erreurs et 5) une culture qui apporte les nécessaires ressources, structures et responsabilité pour maintenir la sécurité au meilleur niveau [2].

Références

1. National Audit Office. Department of Health. *A Safer Place for Patients: Learning to improve patient safety.* London: Comptroller and Auditor General (HC 456 Session 2005-2006). Jeudi 3 novembre 2005.
2. Forum and End Stage Renal Disease Networks, National Patient Safety Foundation, Renal Physicians Association. National ESRD Patient Safety Initiative: Phase II Report. Chicago: National Patient Safety Foundation, 2001.

Symboles

Numéro de diapositive

Numéro de module

Groupes

Exposé

Exercices de simulation

DVD

Livre

Introduction aux modules du Guide pédagogique

Mettre le patient au cœur du soin

Le présent Guide, axé sur les patients, s'adresse spécifiquement aux étudiants en santé. Il met les patients, leur entourage et les usagers au cœur de l'apprentissage et de la dispensation des soins de santé. Les connaissances de base et appliquées ainsi que la nécessaire démonstration des aptitudes énoncées dans ces modules appellent les étudiants et les professionnels de santé à réfléchir aux façons d'incorporer les concepts et les principes de sécurité des patients dans leur pratique quotidienne.

Dans tous les pays, les patients et la collectivité en général sont, principalement, des observateurs passifs des changements qui ont lieu dans le domaine des soins de santé. Bon nombre de patients ne prennent toujours pas part aux décisions les concernant ni aux discussions consacrées à l'amélioration de la prestation des services de santé. Aujourd'hui, la plupart des services de santé continuent de placer les professionnels de santé au centre des soins. Les modèles de soins axés sur la maladie mettent en avant le rôle du professionnel de santé et de la gestion organisationnelle sans tenir compte, comme ils le devraient, des patients qui reçoivent les soins. Les patients devraient être au cœur des soins, et non en bout de chaîne.

Il existe des preuves solides qui montrent qu'avec un soutien adapté, les patients savent efficacement gérer leur état. Relativiser la prise en charge à un moment donné par rapport au parcours global de soins, éventuellement « multi-site », demande au professionnel de santé de privilégier les intérêts des patients, c'est-à-dire chercher et fournir des informations exhaustives, respecter leurs différences culturelles et religieuses, leur demander l'autorisation de les traiter et les considérer comme des partenaires, être honnête en cas de problème ou de prise en charge sous-optimale et axer les prestations de soins sur la prévention et la réduction des risques ou des dommages.

Point de vue de la collectivité

Les points de vue de la collectivité quant aux soins reflètent l'évolution des besoins d'un individu en la matière tout au long de sa vie et ont trait au maintien en bonne santé, au rétablissement, à la vie avec une maladie ou une incapacité et à l'acceptation de la fin de vie. Les changements que connaît le milieu des soins de santé, notamment les nouveaux modèles de soins pour la prise en charge des maladies chroniques et aigües, l'accumulation ininterrompue de connaissances démontrées et d'innovations techniques, la complexité des soins dispensés par les équipes de professionnels de santé et les relations étroites avec les patients et leur entourage, ont généré de nouvelles obligations pour les personnels de santé. Le présent Guide, conscient de ces changements, a pour objectif de couvrir un large éventail de situations impliquant des patients traités par de multiples professionnels de santé dans différents lieux de soins.

Pourquoi les étudiants en santé doivent-ils apprendre la sécurité des patients ?

Les découvertes scientifiques de la médecine moderne ont permis d'améliorer sensiblement les résultats pour les patients. Cependant, des études menées dans différents pays ont montré que ces bénéfices s'accompagnaient de risques importants pour la sécurité des patients. Conséquence majeure de cette prise de conscience : la sécurité des patients est devenue une discipline spécialisée. La sécurité des patients n'est pas une discipline que l'on a individualisée par le passé, mais plutôt une matière qui peut et devrait être maintenant intégrée dans tous les domaines des soins de santé.

En tant que futurs cliniciens et chefs d'équipe médicale, les étudiants doivent être formés à la sécurité des patients et notamment savoir comment les systèmes affectent la qualité et la sécurité des soins et dans quelle mesure les problèmes de communication peuvent entraîner des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Les étudiants doivent apprendre à gérer ces difficultés et à mettre au point des stratégies visant à prévenir la survenue d'erreurs et de complications et à y faire face. En outre, ils doivent être capables d'évaluer les résultats afin d'améliorer les performances à long terme.
Le programme pour la Sécurité des patients de l'OMS vise à améliorer la sécurité des patients dans le monde

entier. La sécurité des patients est l'affaire de tous, des professionnels de santé, des responsables, du personnel d'entretien et de restauration, des administrateurs, des usagers et des hommes politiques. Puisque parmi les étudiants en santé d'aujourd'hui il y a les leaders médicaux de demain, il est essentiel qu'ils possèdent les connaissances et les compétences requises pour appliquer les principes et concepts de la sécurité des patients. Le présent Guide pédagogique fournit aux étudiants les connaissances fondamentales en matière de sécurité des patients. Il décrit également les compétences nécessaires et les comportements à adopter pour pratiquer leur activité professionnelle en toute sécurité.

C'est au début des programmes de formation qu'il faut enseigner la sécurité des patients aux étudiants. Ces derniers doivent être prêts à mettre leurs connaissances en pratique dès leur arrivée au sein d'un hôpital, d'un centre de soins ou au domicile d'un patient. Il convient également de leur permettre, autant que possible, de réfléchir aux questions de sécurité dans le cadre d'exercices de simulation, avant la mise en pratique dans le monde réel.

Si l'on obtient que les étudiants se concentrent sur chaque patient individuellement, qu'ils traitent chacun d'eux comme un être humain unique et mettent en application leurs connaissances et leurs compétences au profit des patients, ils pourront alors eux-mêmes servir d'exemples pour leurs collègues. La plupart des étudiants en santé nourrissent de grandes aspirations au début de leurs études. Mais la réalité des systèmes de santé entame parfois leur optimisme. Nous voulons qu'ils restent optimistes et qu'ils croient en leur capacité à changer les choses, à la fois dans la vie des patients et au sein du système de santé.

Enseigner la sécurité des patients : comment gérer les barrières ?

Pour que l'apprentissage des étudiants soit efficace, les formateurs doivent fonder leur enseignement sur plusieurs méthodes pédagogiques, comme expliquer les concepts techniques, faire la démonstration de leurs compétences et inculquer des attitudes, qui sont toutes essentielles pour l'éducation à la sécurité des patients. Dans ce domaine, les enseignants utilisent l'enseignement par problème (qui facilite l'apprentissage en groupe), l'apprentissage par simulation (jeux de rôles et exercices) et les exposés (interactifs/didactiques) ainsi que le mentorat et l'encadrement (modèles).

Les patients jugent les professionnels de santé non pas sur leurs connaissances mais sur leur pratique. A mesure que les étudiants progressent dans leur environnement clinique et professionnel, la difficulté pour eux est d'appliquer leurs connaissances scientifiques générales à des patients spécifiques. C'est ainsi que les étudiants pourront dépasser ce qu'ils ont appris en cours et savoir comment appliquer cet apprentissage. Pour les étudiants, la meilleure façon d'apprendre est de pratiquer. Dans le cadre de la sécurité des patients, les étudiants doivent agir avec prudence, à savoir vérifier les noms, se renseigner sur les médicaments et poser des questions. C'est par l'expérience pratique ou les exercices de simulation que les étudiants apprendront la sécurité des patients de la façon la plus efficace. Les étudiants ont davantage besoin d'encadrement clinique par des spécialistes que d'exposés portant sur les principes théoriques. L'observation et les commentaires des enseignants permettront aux étudiants de s'améliorer tout au long de leurs études et de réussir à maîtriser des compétences importantes dans le domaine de la sécurité des patients.

Le mentorat et l'encadrement sont également essentiels. Instinctivement, les étudiants essaient de reproduire le comportement de leurs formateurs et des professionnels de santé expérimentés. Le comportement de ces « modèles » aura une grande influence sur celui des étudiants ainsi que sur la façon dont ils exerceront leur profession une fois leurs études terminées. La plupart des étudiants s'orientent vers des professions de santé avec de grands idéaux : guérir, faire preuve de compassion et être un professionnel de santé compétent et éthique. Ils sont toutefois fréquemment témoins de soins bâclés, d'impolitesse entre collègues et d'égoïsme professionnel. Leurs idéaux se délitent lentement à mesure qu'ils essaient de s'adapter à la culture du travail environnante.

L'éducation à la sécurité des patients et le présent Guide pédagogique reconnaissent que, dans certains milieux, ces pratiques et ces facteurs bien ancrés existent. Nous pensons que ces influences négatives peuvent être atténuées et leurs impacts limités en discutant avec les étudiants de la culture du travail à laquelle ils sont exposés et de son rôle sur la qualité et la sécurité des patients. Avoir conscience des barrières et en parler permettra aux étudiants de comprendre que le problème vient du système (et non des personnes qui y évoluent) et qu'il est possible, et souhaitable, d'améliorer ce système. Les barrières varient selon les pays, les cultures voire entre différents environnements cliniques d'une même région. Les lois et les réglementations qui régissent le système de santé peuvent constituer des barrières au niveau national en empêchant, par exemple, la mise en œuvre de certaines pratiques relatives à la sécurité des patients. Chaque culture a sa propre approche de la hiérarchie, des erreurs et de la résolution des conflits. Dans quelle mesure faut-il encourager les étudiants à se mettre en avant en présence de formateurs et/ou de cliniciens expérimentés, notamment lorsqu'un patient pourrait être exposé à un risque de dommage ? Cela dépendra de la situation et de la propension de la culture du travail locale à accepter le changement. Dans certaines sociétés, les concepts relatifs à la sécurité des patients peuvent ne pas s'adapter facilement aux normes culturelles. Ces barrières sont étudiées de manière

plus approfondie plus loin (voir la section intitulée *Affronter le monde réel : aider les étudiants à devenir des spécialistes de la sécurité des patients*).

Les barrières les plus évidentes pour les étudiants sont celles qui émergent lors de leurs stages professionnels et dans les milieux thérapeutiques. Pour la plupart, elles concernent des formateurs/superviseurs ou professionnels de santé qui sont incapables de s'adapter aux nouveaux défis relatifs aux soins ou qui découragent activement tout changement pour y faire face. De tels comportements peuvent dissuader les étudiants de prendre fait et cause pour la sécurité des patients et les inciter à se contenter d'être des apprenants passifs. La façon dont les différents professionnels de santé (personnel infirmier, pharmaciens, dentistes, médecins, etc.) entretiennent des cultures du travail qui leur sont propres, génère une approche cloisonnée des soins, ce qui constitue une autre barrière importante. La mauvaise communication entre les disciplines peut entraîner des erreurs médicales. Une approche interdisciplinaire est bien plus efficace pour réduire les erreurs, améliorer la communication du personnel et promouvoir un environnement de travail plus sain.

A mesure que les formateurs et les superviseurs se familiarisent avec le Guide, ils se rendront rapidement compte que l'apprentissage des étudiants pourrait s'avérer impossible à mettre en pratique dans le milieu de travail. Certains professionnels de santé peuvent avoir l'impression qu'en raison des nombreuses barrières, enseigner la sécurité des patients aux étudiants est un objectif irréalisable. Pourtant, une fois les barrières identifiées et abordées, elles ne sont, en réalité, pas si redoutables. Même des discussions entre groupes d'étudiants sur les réalités et les barrières peuvent être l'occasion d'informer et d'enseigner. A tout le moins, elles peuvent permettre une critique constructive du système ainsi qu'une réflexion sur la façon de faire les choses.

Lien entre les modules du Guide pédagogique et les soins de santé

Le Tableau B.I.1 montre comment les modules du Guide pédagogique sont intégrés aux soins de santé en utilisant l'exemple de l'hygiène des mains. Bon nombre de principes relatifs à la sécurité des patients s'appliquent à différents domaines de la santé, comme le travail en équipe, la sécurité des médicaments et l'implication des patients. Nous prenons cet exemple car, pour réduire la transmission des infections, les professionnels de santé doivent se laver les mains correctement et au bon moment. Utiliser la technique d'asepsie requise semble être une solution évidente et simple à mettre en œuvre. Pourtant, malgré des centaines de campagnes visant à éduquer les professionnels de santé, les étudiants et le reste du personnel aux précautions standard et universelles, le problème ne semble toujours pas réglé et les taux d'infections associées aux soins sont en augmentation dans le monde entier. Chaque module contient des enseignements importants pour les étudiants en santé dans un domaine particulier. L'ensemble de ces modules fournit les connaissances de base et prépare les étudiants en santé au respect des techniques d'hygiène des mains appropriées. Par ailleurs, il détermine comment apporter des améliorations à l'échelle du système.

Modules du Guide pédagogique et lien avec la sécurité des patients

Si les modules sont autonomes, le Tableau B.I.1 montre qu'ils sont tous nécessaires pour susciter un comportement approprié chez les professionnels de santé. En nous référant à l'exemple de l'hygiène des mains, nous expliquons comment le contenu de chacun des modules est essentiel pour parvenir à des soins de santé sûrs, de manière durable.

Tableau B.I.1. Lien entre les modules : l'exemple de l'hygiène des mains

Problématique : réduire la propagation des infections	Module du Guide pédagogique et pertinence dans la pratique
Problème causé par une prévention insuffisante des infections.	**Le Module 1, « Qu'est-ce que la sécurité des patients ? »**, présente les preuves des dommages et de la souffrance engendrés par les EIAS. A mesure que les étudiants se forment à la sécurité des patients et à leur rôle dans la réduction de l'incidence et de l'impact des EIAS, ils seront capables de saisir l'importance de leurs nouveaux comportements, comme la bonne utilisation des techniques d'hygiène des mains, dans la prévention des infections et la lutte contre ces dernières.
Les professionnels de santé savent que les infections sont un problème. Ils ne semblent pas modifier leurs pratiques pour autant. Ils tendent à employer les techniques d'asepsie requises pendant un certain temps, puis ils oublient.	**Le Module 2, « Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients »**, explique comment et pourquoi les gens travaillent comme ils le font, et pourquoi ils font des erreurs. Comprendre les facteurs humains aide les étudiants à identifier les situations propices aux erreurs et leur permet d'apprendre à les éviter ou les diminuer. En connaissant les facteurs qui contribuent aux erreurs ainsi que leurs racines profondes, les étudiants seront à même de comprendre le contexte de leurs actions. Insister auprès des professionnels pour qu'ils fassent un effort (se lavent les mains correctement) ne fera pas évoluer la situation. Ils doivent visualiser leurs actions dans le contexte de leur environnement de travail et du matériel qu'ils utilisent. Lorsque les professionnels de santé pensent que l'infection d'un patient a été causée par leurs actions, ils sont plus susceptibles de modifier leur méthode de travail et d'appliquer les précautions standard.

Les professionnels de santé souhaitent respecter les procédures de lutte contre les infections appropriées mais les patients sont trop nombreux et les contraintes liées au temps semblent faire obstacle à une bonne hygiène des mains.	**Le Module 3, « Comprendre l'organisation des systèmes et l'effet de la complexité sur les soins en santé »**, montre que les soins aux patients comprennent de multiples étapes et relations. Les patients dépendent de la bonne prise en charge par les professionnels de santé ; ils dépendent d'un système de santé. Les étudiants doivent savoir que des soins de bonne qualité requièrent un effort d'équipe. Ils doivent comprendre que l'hygiène des mains n'est pas facultative mais une étape importante du processus de soins. Comprendre comment les actions individuelles et les différentes composantes du système s'articulent au sein d'un processus continu qui produit des résultats positifs (la santé du patient s'améliore) ou négatifs (le patient est victime d'un EIAS) est une importante leçon en matière de sécurité des patients. Lorsque les étudiants prennent conscience que les actions d'un membre d'une équipe peuvent nuire aux objectifs du traitement d'un patient, ils arrivent rapidement à placer leur travail dans un autre contexte, à savoir dans le contexte de la sécurité des patients.
Il n'y a pas de gels et solutions hydro-alcooliques ou d'agents nettoyants dans les services car le référent a oublié d'en commander.	**Le Module 4, « Etre un membre efficace en équipe »,** explique l'importance du travail en équipe chez les professionnels de santé. Si aucun produit hydro-alcoolique n'est disponible, il incombe à chaque membre de l'équipe d'en avertir la personne concernée afin de remédier à ce problème. Se contenter de se plaindre que quelqu'un ait oublié de commander ces produits n'aide pas les patients à aller mieux. Faire preuve de professionnalisme et faire partie d'une équipe, c'est être attentif à son travail et tout mettre en œuvre pour aider les patients et l'équipe. Les EIAS sont bien souvent causés par un enchaînement d'événements en apparence anodins, comme le non-respect de l'hygiène des mains, l'absence d'accès au dossier médical ou le retard d'un clinicien. Rappeler à quelqu'un de commander des produits hydro-alcooliques n'est pas anodin. Cela peut prévenir une infection.
Un chirurgien est momentanément sorti de la salle d'opération pour répondre à son téléphone portable. Il est retourné dans la salle et a continué l'opération sans changer de gants. Le patient a eu une infection de la plaie chirurgicale postopératoire.	**Le Module 5, « Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages »**, explique que la culpabilisation ne fonctionne pas et que si les professionnels craignent d'être accusés de négligence ou sanctionnés, personne ne signalera les EIAS ni n'en tirera de leçons. Une approche systémique des erreurs vise à identifier les causes sous-jacentes aux erreurs et à garantir qu'elles ne se reproduisent pas. Examiner les causes à l'origine d'une infection peut montrer que le chirurgien a quitté la salle d'opération et n'a pas suivi les procédures stériles en revenant. Se contenter de culpabiliser quelqu'un ne servira à rien. Une analyse plus approfondie pourrait révéler que le chirurgien et le reste de l'équipe ont systématiquement enfreint les recommandations sur la lutte contre les infections car ils ne considéraient pas le risque d'infection comme un problème. Ne disposant pas de données sur ce sujet, ils ont pensé, à tort, être protégés.
Il s'est plaint, par écrit, de sa prise en charge auprès de l'hôpital.	**Le Module 6, « Comprendre et gérer les risques cliniques »**, montre aux étudiants l'importance de mettre en place des systèmes permettant d'identifier les problèmes et de prévenir la survenue de problèmes potentiels. Les plaintes peuvent signaler à un clinicien ou un responsable l'existence de problèmes spécifiques. La lettre envoyée par ce patient concernant son infection est peut-être la dixième du genre en un mois, ce qui pourrait indiquer un éventuel problème de lutte contre les infections. La gestion des EIAS constitue également une façon systématique de recueillir des informations sur la sécurité et la qualité des soins.
L'hôpital admet qu'il y a un problème d'infection dans l'une des salles d'opération et veut en savoir davantage.	**Le Module 7, « Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins »**, donne des exemples de méthodes de mesure et d'amélioration des soins cliniques. Les étudiants doivent savoir comment mesurer les processus de soins afin de déterminer si les changements opérés ont entraîné des améliorations.
L'hôpital sait maintenant que l'une de ses salles présente un taux d'infection plus élevé que les autres. Les patients se plaignent et le problème d'infection de l'hôpital est relayé par les médias.	**Le Module 8, « S'impliquer avec les patients et leur entourage »**, explique aux étudiants l'importance de communiquer honnêtement avec les patients après un EIAS et de leur donner toutes les informations concernant leurs soins et leur traitement. Impliquer les patients est essentiel pour susciter la confiance de la communauté.

L'hôpital reconnaît que les infections constituent un problème et décide de rappeler à chacun combien il est important de respecter les précautions standard.	**Le Module 9, « Contrôle et prévention des infections »"**, décrit les principaux types et causes d'infections. Ce module couvre également les mesures et les protocoles visant à réduire les infections.
L'hôpital décide de revoir les procédures de lutte contre les infections dans les salles d'opération car les infections du site opératoire comptent pour une grande partie des EIAS déclarés par le personnel.	**Le Module 10, « Sécurité des patients et procédures invasives »**, montre aux étudiants que les patients qui bénéficient d'une intervention chirurgicale ou de toute autre procédure invasive présentent un risque plus élevé d'infection ou d'erreur de traitement. Comprendre les défaillances causées par une mauvaise communication, l'absence de leadership, une attention insuffisante portée aux processus, le non-respect des recommandations et une surcharge de travail permettra aux étudiants de saisir les multiples facteurs qui entrent en jeu lors d'une opération.
L'équipe a cherché une intervention susceptible de réduire le taux d'infection. Pour cela, elle a étudié les dossiers du service de chirurgie à l'aide d'une méthode d'amélioration de la qualité (qui pose la question « que s'est-il passé ? » et non « qui est responsable ? »). L'équipe a appris que l'administration appropriée d'une antibioprophylaxie peut permettre de prévenir les infections. Mais cette pratique nécessiterait également de connaître tous les traitements médicamenteux préalablement pris par chaque patient afin d'éviter les interactions avec les médicaments susceptibles d'être prescrits.	**Le Module 11, « Améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse »**, est important car les erreurs médicamenteuses sont responsables d'une grande partie des EIAS. L'importance des erreurs médicamenteuses est telle qu'il est indispensable que les étudiants apprennent à identifier les facteurs qui y conduisent et connaissent les mesures à prendre pour les réduire. Former les étudiants à la sécurité des médicaments permet de garantir qu'ils ont conscience des effets indésirables médicamenteux potentiels et qu'ils tiennent compte de tous les facteurs pertinents lorsqu'ils prescrivent, dispensent et administrent des médicaments et en surveillent les effets.

Affronter le monde réel : aider les étudiants à devenir des spécialistes de la sécurité des patients

L'un des principaux obstacles à la promotion de la culture de sécurité des patients est la réceptivité du milieu professionnel de la santé à l'égard des nouvelles façons de soigner. Le changement peut s'avérer très compliqué pour les organisations et les professionnels qui ont leurs propres façons de traiter les patients. Leur façon de dispenser les soins ne leur semble pas nécessairement inappropriée et ils ne sont pas convaincus du bien-fondé d'un changement. Ils peuvent se sentir menacés ou pris à parti lorsque quelqu'un, en particulier un membre du personnel moins expérimenté, voit et fait les choses différemment. Dans ces circonstances, à moins que les étudiants ne bénéficient d'un encadrement positif et puissent discuter de leurs expériences, la plus grande partie de l'enseignement et de l'apprentissage de la sécurité des patients contenus dans les programmes de formation sera réduite à néant.

Les étudiants comprennent vite comment les membres de la profession qu'ils ont choisie se comportent et ce que l'on attend d'eux. En tant que novices, ils ont à cœur de s'intégrer aussi rapidement que possible. Ils sont souvent très dépendants des formateurs et des superviseurs pour obtenir des informations ainsi qu'un soutien professionnel.

Pour eux, il est absolument primordial de garder la confiance de leurs formateurs ou superviseurs. Leur progression dépend des rapports favorables de leurs enseignants basés sur des commentaires formels et informels et sur les évaluations subjectives et objectives de leurs compétences et de leur participation. La sécurité des patients suppose que les professionnels de santé reconnaissent leurs erreurs et en tirent les leçons nécessaires. Toutefois, les étudiants pourraient craindre que de déclarer leurs erreurs ou celles d'un professionnel expérimenté, d'un formateur ou d'un instructeur n'ait des répercussions sur eux-mêmes ou les professionnels concernés. Lorsqu'une trop grande part de l'enseignement et de l'évaluation est déléguée aux formateurs ou superviseurs sur les lieux de travail, cela peut inciter les étudiants à dissimuler leurs erreurs ou à effectuer les tâches requises alors même qu'ils savent ne pas disposer des compétences nécessaires.

Les étudiants peuvent être réticents à parler de la sécurité des patients avec des membres confirmés du personnel ou à leur faire part de leurs préoccupations d'ordre éthique. Peut-être ont-ils peur de recevoir une évaluation défavorable ou de se voir reprocher de manquer de bonne volonté ou de mal se conduire ? Peut-être craignent-ils, à tort ou à raison, que de défendre les droits d'un patient ou de déclarer une erreur ne leur porte préjudice dans leurs études, ne réduise leurs opportunités d'emploi et/ou leurs chances d'accéder aux programmes de formation avancés ?

Dans toutes les cultures, discuter des erreurs de soins est une tâche ardue pour tous les professionnels de santé. La volonté d'apprendre à partir des erreurs dépendra souvent de la personnalité des seniors impliqués. Dans certaines

cultures et organisations, faire preuve d'ouverture à propos des erreurs est sans doute nouveau pour le corps enseignant et, par conséquent, très difficile. Dans ces cas, la solution pour les étudiants pourrait être de discuter des erreurs lors des sessions de formation. Dans certaines équipes, ces discussions ont lieu lors de réunions à huis-clos alors que dans les milieux pédagogiques plus avancés, les équipes abordent ouvertement les erreurs et sont dotées de nombreuses politiques visant à aider les professionnels de santé à les gérer. Mais, un jour ou l'autre, toutes les cultures devront faire face à la souffrance humaine causée par les erreurs. Une fois la souffrance ouvertement reconnue par les professionnels de santé qui travaillent dans les hôpitaux, centres de soins et en ville, maintenir le statu quo sera difficile. D'autres approches des hiérarchies et des prestations aux patients seront adoptées. Certaines de ces approches les plus récentes considèrent l'équipe comme le principal instrument de dispensation des soins de santé et envisagent une hiérarchie plus transversale dans laquelle chaque professionnel impliqué dans les soins du patient peut contribuer en conséquence.

Il pourrait être utile aux étudiants de comprendre pourquoi les attentes et les attitudes de certains professionnels et enseignants expérimentés semblent à l'opposé de ce qu'ils ont appris sur la sécurité des patients. Les soins de santé n'ont pas été conçus en tenant compte de la sécurité des patients. Ils ont évolué au fil du temps et de nombreux aspects des soins résultent des traditions plus que d'une véritable préoccupation pour la sécurité et l'efficacité dans le contexte des soins actuels. En la matière, bon nombre d'attitudes sont enracinées dans une culture professionnelle née à une époque où les structures hiérarchiques étaient très répandues dans la société. La médecine constituait une véritable vocation et les cliniciens, en particulier les médecins, étaient considérés comme infaillibles. Dans ce cadre conceptuel, on estimait que les bons professionnels de santé ne pouvaient pas faire d'erreurs, les étudiants étaient formés lors des stages et l'issue des patients (bonne et mauvaise) dépendait des compétences du professionnel et non de l'équipe. Les professionnels n'avaient de comptes à rendre à personne d'autre qu'à eux-mêmes et, dans certains établissements, les patients qui étaient soignés gratuitement étaient généralement pris pour des supports d'apprentissage. Si les choses ont bien changé, certains vestiges de cette ancienne culture persistent et forgent l'attitude des professionnels de santé formés dans cet environnement.

Les sociétés modernes veulent des soins sûrs, de qualité, dispensés par des professionnels de santé qui évoluent au sein d'une culture de sécurité. Celle-ci a commencé à imprégner les établissements de soins du monde entier et les étudiants auront l'occasion d'observer aussi bien les attitudes traditionnelles que celles qui reflètent une culture de sécurité. Le défi pour tous les étudiants, indépendamment de leur culture, pays ou discipline, est de pratiquer des soins sûrs même lorsque ce n'est pas le cas des professionnels qui les entourent.

Il est utile de savoir distinguer certaines approches anciennes susceptibles d'avoir un impact négatif sur les soins des patients de certaines nouvelles approches qui favorisent les soins axés sur les patients. Il convient également de reconnaître que ce tournant culturel peut être anxiogène pour les étudiants ou stagiaires qui ont à cœur de tenir compte de la sécurité dans leur pratique mais dont le supérieur hiérarchique direct ne connaît pas ou rejette ces nouvelles approches. Il est important que les étudiants discutent avec leurs superviseurs avant de mettre en œuvre les nouvelles techniques suggérées.

Nous n'attendons pas des étudiants qu'ils se mettent eux-mêmes ou leur carrière en danger dans l'intérêt de faire évoluer le système mais nous les encourageons à réfléchir à une façon d'aborder leur apprentissage sans perdre de vue la perspective de la sécurité des patients. Le Tableau B.I.2 ci-dessous fournit un cadre visant à donner aux étudiants des idées pour gérer les conflits auxquels ils pourraient être confrontés lors de leurs stages de formation.

Tableau B.I.2. Gérer les conflits : l'ancienne méthode et la nouvelle méthode

Domaine ou attribut	Exemple	Ancienne méthode	Nouvelle méthode
Structures hiérarchiques en santé : hygiène des mains	Un professionnel de santé expérimenté ne se lave pas les mains entre chaque patient.	Les étudiants ne disent rien et se conforment aux pratiques inappropriées en imitant le clinicien expérimenté.	1) Demander au clinicien en question ou à tout autre professionnel expérimenté des clarifications sur quand et comment se laver les mains. 2) Ne rien dire mais employer des techniques d'asepsie sûres. 3) Faire une remarque au clinicien, de manière respectueuse, et continuer à utiliser les techniques d'asepsie sûres.

Structures hiérarchiques en santé : site opératoire	Le chirurgien ne vérifie pas avec le reste de l'équipe le site à opérer ou l'identité du patient. Le protocole de vérification préopératoire ne lui plait pas. Il pense que c'est une perte de temps et il enjoint au reste de l'équipe de se dépêcher.	Adopter l'approche du chirurgien expérimenté et ne pas participer à la vérification, considérée comme une tâche subalterne.	1) Aider activement le reste de l'équipe à mener à bien le protocole de vérification.
Structures hiérarchiques en santé : médicaments	L'étudiant sait qu'un patient est gravement allergique à la pénicilline et s'aperçoit qu'un(e) infirmier(ère) expérimenté(e) s'apprête à en administrer au patient en question.	Ne rien dire par peur de donner l'impression de ne pas être d'accord avec la décision d'un professionnel expérimenté. Supposer que l'infirmier(ère) sait ce qu'il/elle fait.	1) Avertir immédiatement l'infirmier(ère) de l'allergie médicamenteuse. L'étudiant considère que cela relève de son rôle en tant que membre utile de l'équipe et de sa responsabilité vis-à-vis du patient.
Paternalisme : consentement aux soins	On demande à l'étudiant d'obtenir un consentement d'un patient pour l'administration d'un traitement dont l'étudiant n'a jamais entendu parler.	Accepter la tâche. L'étudiant ne doit pas montrer au personnel expérimenté qu'il ne connaît pas le traitement. Parler du traitement au patient de façon superficielle et vague pour amener ce dernier à signer le formulaire de consentement.	1) Refuser la tâche et suggérer qu'il serait plus approprié de la confier à un clinicien qui connaît le traitement. 2) Accepter la tâche mais faire part de son ignorance du traitement et de la nécessité d'une formation préalable. Demander à ce que l'un des superviseurs soit présent pour aider/superviser.
Paternalisme : rôle des patients dans leur prise en charge	Lors de la visite médicale, ces derniers sont ignorés et ne sont pas invités à participer aux discussions. Lorsque les médecins effectuent les tournées, les familles doivent quitter le chevet des patients.	Accepter la situation telle qu'elle est et ne rien faire. Partir du principe que c'est la façon dont les choses sont faites. Adopter les comportements qui n'incluent ou n'impliquent pas les patients et leur famille.	1) Prendre l'initiative de saluer chaque patient : « Bonjour M. Ruiz, nous rendons visite à tous nos patients ce matin. Comment vous sentez-vous ? ». 2) En cas de contraintes de temps, expliquer au patient et à sa famille : « Je reviendrai vous voir après les visites. » 3) Se renseigner sur les préoccupations des patients en amont et en faire part aux cliniciens expérimentés lors de la visite, au chevet du patient : « M. Carlton espère éviter une intervention chirurgicale, est-ce possible ? ». 4) Inviter et encourager les patients à s'exprimer pendant la visite des patients. 5) Demander à son superviseur s'il pense que les patients et leur entourage peuvent ajouter de la valeur aux discussions menées pendant les tournées et, partant, améliorer l'efficacité du service.

Infaillibilité des professionnels de santé : heures de travail	Un membre débutant du personnel du service annonce avec fierté qu'il travaille depuis plus de 36 heures.	Admirer le membre du personnel pour son endurance et l'engagement dont il fait preuve envers son travail.	1) Demander au membre du personnel comment il se sent et s'il est sage, voire responsable, de continuer à travailler. 2) Lui demander quand finit sa garde et comment il prévoit de rentrer chez lui. Est-il en état de conduire une voiture ? 3) Faire quelques suggestions utiles : « Quelqu'un peut-il vous remplacer pour que vous puissiez rentrer chez vous vous reposer ? » ou « Je ne pensais pas que le personnel était autorisé à travailler autant. Vous devriez vous plaindre de votre emploi du temps ».
Infaillibilité des professionnels de santé : attitude vis-à-vis des erreurs	Seuls les professionnels incompétents ou qui ne respectent pas les codes de déontologie commettent des erreurs. Les bons professionnels de santé n'en font pas.	Accepter la culture selon laquelle les professionnels de santé qui font des erreurs sont « mauvais » ou « incompétents ». Faire davantage d'efforts pour éviter les erreurs. Garder le silence ou trouver quelqu'un ou quelque chose à blâmer lorsque l'on fait une erreur. Penser que l'on ne pourrait jamais faire d'erreurs aussi bêtes que celles que font les autres.	1) Comprendre qu'il est inévitable de faire des erreurs et que les causes en sont multifactorielles et impliquent des facteurs latents pas nécessairement évidents au moment où l'erreur est commise. Surveiller ses patients, ses collègues et soi-même dans l'hypothèse d'une erreur et promouvoir activement l'apprentissage à partir des erreurs.
Infaillibilité des professionnels de santé : faire des erreurs	Un professionnel de santé expérimenté commet une erreur et dit au patient qu'il y a eu une complication. Les professionnels ne parlent pas de leurs erreurs lors des réunions d'analyse par les pairs.	Accepter la façon de gérer les erreurs, à savoir les expliquer comme un problème associé au patient plutôt qu'aux soins dispensés. Se rendre rapidement compte que le professionnel expérimenté ne fait pas part des erreurs aux patients ou à ses collègues et adopter le même comportement.	1) Discuter de l'annonce suite à un dommage associé aux soins avec un superviseur et essayer de savoir si l'hôpital ou le centre de soins est doté d'une politique relative à l'information des patients suite à un EIAS. 2) Demander au patient s'il souhaiterait être mieux informé sur sa prise en charge et, le cas échéant, en faire part au médecin. 3) Avertir son superviseur ou chef d'équipe lorsque l'on commet une erreur et demander comment éviter une telle erreur à l'avenir. 4) Remplir un formulaire de déclaration d'un EIAS, le cas échéant.
Infaillibilité des professionnels de santé : omniscience	Un professionnel de santé a un complexe de supériorité et méprise les professionnels de santé moins expérimentés ainsi que les patients.	Aspirer à lui ressembler et apprécier l'admiration qu'il suscite.	1) Prendre conscience de l'arrogance de telles attitudes et prendre exemple sur les professionnels qui font preuve d'esprit d'équipe et partagent leurs connaissances et leurs responsabilités.
Culpabilisation/ humiliation	Un professionnel de santé qui commet une erreur est ridiculisé ou humilié par son superviseur. Un hôpital sanctionne un membre du personnel qui a fait une erreur.	Ne rien dire et adopter le comportement des autres membres du personnel qui font des commentaires négatifs sur un professionnel de santé impliqué dans un EIAS.	1) Soutenir un collègue impliqué dans un EIAS et faire preuve de compréhension à son égard. 2) Discuter avec ses collègues et son superviseur des façons plus efficaces de comprendre les erreurs que de simplement culpabiliser la personne impliquée. 3) Mettre l'accent sur l'erreur. Demander « Que s'est-il passé » plutôt que « Qui était impliqué ? ». Essayer de lancer une discussion au sein de l'équipe/groupe d'étudiants sur les multiples facteurs pouvant avoir contribué à l'EIAS.

Travail en équipe : je fais partie de l'équipe infirmière (ou de sages-femmes/de pharmacie/ dentaire/ médicale)	Les étudiants et les cliniciens débutants ne considèrent comme faisant partie de leur équipe que les autres cliniciens qui exercent la même discipline. Les cliniciens du service font leur visite sans qu'un représentant des autres professions ne soit présent.	Changer de comportement pour s'adapter aux autres cliniciens et ne s'identifier qu'aux membres de sa propre profession.	1) Avoir conscience que, du point de vue du patient, l'équipe est constituée de tous les professionnels qui dispensent les soins et administrent les traitements, à savoir le personnel infirmier, le personnel du service et les professionnels paramédicaux ainsi que le patient lui-même et les membres de sa famille. 2) Toujours suggérer d'inclure les autres membres de l'équipe soignante dans les discussions sur la prise en charge et le traitement du patient. 3) Reconnaître et optimiser les avantages d'une équipe interprofessionnelle.

Expériences des patients

En santé, les récits d'expérience sont utilisés en tant qu'outil d'apprentissage depuis plusieurs générations de professionnels de santé. Les anecdotes concernant des collègues doués ou difficiles, des bons et des mauvais professeurs, formateurs et superviseurs, et les conseils pour survivre à une garde ou un stage particulier n'en sont que quelques exemples. Elles se placent principalement dans la perspective des étudiants en santé. Les expériences des patients ne sont généralement pas prises en considération. Elles nous rappellent pourtant que les patients font, eux aussi, partie de l'équipe soignante et que leur contribution compte. Les récits d'expériences des patients inclus dans chaque module ont pour objectif de mettre en lumière l'importance du module du point de vue du patient et de donner vie au Guide pédagogique en fournissant des exemples réels de problèmes pouvant survenir lors de la dispensation des soins en l'absence d'une approche axée sur les patients.

Dans la plupart des études de cas, des noms fictifs ont été utilisés, sauf lorsque la famille a expressément donné l'autorisation d'utiliser les vrais noms, comme dans l'étude portant sur Caroline Anderson. Ces histoires réelles de patients sont extraites de l'Australian Patient Safety Education Framework (APSEF) 2005.

Module 1
Qu'est-ce que la sécurité des patients ?

L'histoire de Caroline

Le 10 avril 2001, Caroline, alors âgée de 37 ans, a été admise dans un hôpital où elle a accouché par césarienne, sans complication, de son troisième enfant. L'obstétricien présent ce jour-là était le Dr A et l'anesthésiste qui a placé le cathéter péridural était le Dr B. Le 11 avril, Caroline a signalé avoir ressenti une douleur aigüe au niveau de la colonne vertébrale après avoir accidentellement cogné le site de la péridurale la veille de son retrait. A partir de là, Caroline s'est plainte à de nombreuses reprises de douleurs et d'une sensibilité dans la région lombaire. Le Dr B l'a examinée et a diagnostiqué une douleur « musculaire ». Lors de sa sortie de l'hôpital le 17 avril, Caroline avait toujours mal et boitait.

Pendant les sept jours qui ont suivi, Caroline est restée chez elle, à la campagne. Elle a appelé le Dr A car elle avait de la fièvre, des tremblements, d'intenses douleurs lombaires et des céphalées. Le 24 avril, le Dr C, le médecin local, a examiné Caroline et son bébé et a recommandé qu'ils soient tous les deux hospitalisés à l'hôpital du district, la mère pour une lombalgie et l'enfant pour un ictère.

Le médecin qui a examinée Caroline à son entrée à l'hôpital du district, le Dr D, a noté dans le dossier de la patiente que la douleur semblait située au niveau de l'articulation sacro-iliaque plutôt qu'au site de la péridurale. Le 26 avril, l'ictère du bébé s'est amélioré mais Caroline n'a toujours pas été examinée par le médecin, le Dr E, qui a reconnu l'avoir oubliée. L'interne en médecine, le Dr F, a examiné Caroline et diagnostiqué une sacro-iléite. Il l'a renvoyée chez elle avec une ordonnance d'oxydocone, de paracétamol et de diclofénac sodique. Il a informé l'obstétricien de Caroline, le Dr A, de son diagnostic.

La douleur de Caroline a été soulagée par les médicaments jusqu'au 2 mai, date à laquelle son état s'est détérioré. Son mari l'a emmenée à l'hôpital local alors qu'elle était délirante. Peu après son arrivée à l'hôpital le 3 mai, elle a commencé à avoir des convulsions et à marmonner de façon incohérente. Le Dr C a noté dans son dossier médical : « ? abus d'opiacés, sacro-iléite ». A ce stade, son état était critique et elle a été transférée d'urgence à l'hôpital régional.

En arrivant à l'hôpital, Caroline avait cessé de réagir et devait être intubée. Ses pupilles étaient fixes et dilatées. En l'absence d'amélioration, elle a été transférée le 4 mai en ambulance vers un autre hôpital. A 13 h 30 le samedi 5 mai, elle était déclarée en état de mort cérébrale et les mesures de réanimation ont été suspendues.

Un examen postmortem a révélé la présence d'un abcès épidural et d'une méningite touchant la moelle épinière depuis la région lombaire jusqu'à la base du cerveau. Les cultures ont montré une infection à *Staphyloccocus aureus* résistant à la méticilline (SARM). Les altérations de son foie, son cœur et sa rate suggéraient un diagnostic de septicémie.

L'enquête du médecin légiste a conclu que l'abcès de Caroline pouvait et aurait dû être diagnostiqué plus tôt. La discussion qui suit, qui porte sur le rapport du médecin légiste sur la mort de Caroline Anderson, met en lumière bon nombre de problèmes traités dans le cadre de cette édition multiprofessionnelle du Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des Patients.

Discussion

La mauvaise qualité des compte rendus d'examen ainsi que le défaut de traçabilité constituent 2 causes majeures de l'événement indésirable rapporté ici. L'anesthésiste, le Dr B, était si préoccupé par la douleur inhabituelle de Caroline qu'il s'est rendu à la bibliothèque universitaire mais qu'il ne l'a pas consigné dans le dossier de la patiente. Il n'a pas non plus parlé à Caroline du risque de ce qu'il pensait a posteriori être une douleur « neuropathique » ni vérifié si elle avait fait l'objet d'un examen approfondi avant de quitter l'hôpital. Il est également à craindre que le Dr B n'ait pas correctement suivi les recommandations concernant le lavage chirurgical des mains avant la pose de la péridurale. En effet, de l'avis d'un expert indépendant, la bactérie à l'origine de l'abcès provenait très probablement du personnel ou de l'environnement du premier l'hôpital.

Il était évident que Caroline serait prise en charge par d'autres professionnels après sa sortie de l'hôpital. Cependant, aucun professionnel de santé ne l'a impliquée dans sa propre prise en charge en lui conseillant de consulter un médecin en cas d'aggravation de ses douleurs. De la même façon, aucun courrier ni coup de téléphone n'a été adressé à son médecin local, le Dr C.

D'après le médecin légiste, chaque médecin qui a examiné Caroline après son retour à la campagne a posé un diagnostic trop hâtif en pensant, à tort, qu'un problème majeur quelconque aurait été décelé plus tôt par un autre professionnel de santé. Le Dr C a examiné Caroline de manière très sommaire car il savait qu'elle allait être hospitalisée à l'hôpital régional. Le médecin chargé de son admission, le Dr D, pensait qu'il y avait 30 % de risque que Caroline ait un abcès épidural mais il ne l'a pas noté dans le dossier médical au motif que cela serait évident pour les confrères. Le Dr E a accepté de voir Caroline puis l'a tout simplement oubliée, ce qui constitue un manquement majeur à la prise en charge.

Le dernier médecin à avoir examiné Caroline à l'hôpital régional était l'interne en médecine, le Dr F, qui l'a renvoyée chez elle en lui prescrivant de puissants analgésiques sans toutefois vérifier totalement son diagnostic provisoire de sacro-iléite qu'il pensait être postopératoire ou d'origine infectieuse. Concernant la sécurité médicamenteuse, les notes écrites par le Dr F à Caroline, donnant instruction à la patiente d'augmenter la dose d'oxycodone en cas d'aggravation de la douleur tout en surveillant la modification des symptômes, ont été jugées vagues et ambigües. Les notes prises sur une feuille de papier volant par le Dr F qui détaillait son examen et qui notait l'éventuelle indication d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) n'ont jamais été retrouvées.

De l'avis du médecin légiste, le médecin sur qui la pleine et entière responsabilité de la prise en charge de Caroline aurait pu être rejetée était son obstétricien, le Dr A. Il a reçu au moins trois appels téléphoniques après la sortie de Caroline de l'hôpital de ville l'informant de la poursuite des douleurs et des problèmes de sa patiente mais il n'a pas pris conscience de la gravité de son état.

De la naissance de son bébé à son décès, 25 jours plus tard, Caroline a été hospitalisée dans quatre établissements différents. Il était évident qu'une continuité appropriée des soins dans le cadre des transmissions entre les différentes équipes de médecins et de personnel infirmier s'imposait. L'absence de notes adéquates contenant les diagnostics provisoires/différentiels et les examens, de comptes rendus d'hospitalisation et de lettres de sortie et d'orientation a retardé le diagnostic d'un abcès menaçant le pronostic vital de Caroline et provoqué sa mort.

Source : *Enquête sur le décès de Caroline Barbara Anderson, Coroner's Court*, Westmead, Sydney, Australie, 9 mars 2004. (Le Professeur Merrilyn Walten a reçu l'autorisation de la famille de Caroline d'utiliser son histoire pour enseigner aux étudiants la sécurité des patients du point de vue des patients et de leurs familles.)

Introduction–Pourquoi la sécurité des patients est-elle importante en santé ?

Il existe maintenant des preuves indiscutables que du fait des soins de santé, les patients peuvent subir des dommages qui leur laissent des séquelles définitives, prolongent les durées d'hospitalisation voire entraînent le décès. Au cours des dix dernières années, nous avons appris que les événements indésirables associés aux soins (EIAS) n'étaient pas la conséquence d'actions délibérées des soignants mais plutôt de la complexité d'un système dans lequel les succès thérapeutiques et les résultats dépendent d'un grand nombre de paramètres en plus de la compétence de chacun des professionnels qui y contribuent.

Lorsque de très nombreux professionnels de santé (médecins, sages-femmes, dentistes, chirurgiens, infirmier(ère)s, pharmaciens, travailleurs sociaux, diététiciens et autres) sont impliqués, il peut s'avérer très difficile de garantir des soins sans risque, à moins que le système de santé n'ait été conçu pour faciliter les échanges d'informations opportuns et exhaustifs entre tous les professionnels de santé qui participent à la prise en charge du patient.

La sécurité des patients constitue un problème auquel tous les systèmes de santé, qu'ils soient publics ou privés, sont confrontés. Ne pas vérifier correctement l'identité d'une patient ou prescrire des antibiotiques sans tenir compte de l'état de santé sous-jacent du patient ou encore administrer plusieurs médicaments sans faire attention aux réactions indésirables potentielles qui y sont associées peut causer des dommages aux patients. Ces dommages ne sont pas uniquement dus à la mauvaise utilisation de la technologie. Ils peuvent également être le fait d'une communication insuffisante entre les différents professionnels de santé ou de retards dans l'administration du traitement.

La situation des soins de santé dans les pays en développement mérite une attention particulière. Dans les pays en développement, les infrastructures et le matériel sont en mauvais état, l'approvisionnement en médicaments et la qualité de ces derniers ne sont pas fiables, la lutte contre les infections et le traitement des déchets sont inadaptés, les performances du personnel sont faibles en raison d'un manque de motivation ou d'une insuffisance de compétences et les services de santé souffrent d'un important sous-financement. La probabilité de survenue d'EIAS y est donc bien plus élevée. Les infections associées aux soins, les dommages en rapport avec des erreurs chirurgicales ou anesthésiques, la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, les blessures dues à des dispositifs médicaux, les pratiques d'injection et les produits sanguins à risque, les pratiques à risque vis-à-vis des femmes et des nouveau-nés constituent d'importants problèmes de sécurité des patients. Dans bon nombre d'hôpitaux, les infections associées aux soins sont un phénomène largement répandu, les mesures de lutte contre les infections étant quasiment inexistantes. Cette situation est le résultat de la conjonction de plusieurs facteurs défavorables relatifs aux mauvaises conditions d'hygiène et des systèmes sanitaires. En outre, un contexte socioéconomique défavorable et des patients souffrant de malnutrition et d'autres types d'infections et/ou de maladies contribuent à augmenter le risque d'infection associée aux soins.

Plusieurs études ont montré que le risque de survenue d'infections du site opératoire est significativement plus élevé dans les pays en développement que dans les pays développés, les taux variant de 19 % à 31 % entre les différents hôpitaux et pays [1]. D'après les chiffres de l'OMS concernant les médicaments dangereux, on estime que 25 % de tous les médicaments consommés dans les pays en développement sont probablement contrefaits, ce qui contribue à des soins dangereux.
Une enquête de l'OMS sur la sécurité des médicaments et des rapports de 20 pays sur les médicaments contrefaits ont montré que 60 % des cas de contrefaçon de médicaments avaient lieu dans les pays en développement contre 40 % dans les pays développés [2]. Il est ressorti d'une autre étude de l'OMS qu'au moins la moitié de tout le matériel médical présent dans les hôpitaux des pays en développement est inutilisable ou utilisable seulement en partie à un moment donné [3]. Dans certains pays, environ 40 % des lits hospitaliers sont situés dans des structures initialement construites à d'autres fins. Il s'avère donc extrêmement difficile d'y installer les dispositifs de protection contre les radiations et de lutte contre les infections et, de ce fait, ces dispositifs sont bien souvent inappropriés ou inexistants [4]. Même en se fondant sur les niveaux de preuve limités et sur les estimations issues des pays en développement, il est montré qu'une combinaison d'efforts spécifiquement consacrés à l'éducation et à la formation des professionnels de santé est probablement indispensable.

La sécurité des patients, dans les pays développés et en développement, constitue un vaste sujet qui pourrait englober les dernières technologies, comme la prescription électronique, et la restructuration des centres de soins et des services de soins ambulatoires mais également le lavage approprié des mains et le fait d'être un membre efficace au sein d'une équipe. La plupart des caractéristiques des programmes sur la sécurité des patients ne nécessitent pas de mobiliser des ressources financières mais plutôt l'engagement des professionnels à mettre en œuvre des pratiques sûres. Chaque professionnel de santé peut améliorer la sécurité des patients en établissant avec eux et leurs familles des relations fondées sur le respect, en vérifiant les procédures, en apprenant à partir des erreurs et en communiquant efficacement avec les autres membres de l'équipe soignante. En réduisant les dommages causés aux patients, ces activités peuvent également aider à réduire les coûts qui y

sont associés. La déclaration et l'analyse des erreurs peuvent permettre d'identifier les principaux facteurs contributifs. Pour réfléchir aux changements à apporter afin de prévenir les erreurs, il est essentiel de comprendre les facteurs qui en sont responsables.

Mots-clés
Sécurité des patients, théorie des systèmes, culpabilisation, culture de culpabilisation, défaillances systémiques, approche culpabilisante, violations, modèles de sécurité des patients, interdisciplinaire et axé sur le patient.

Objectifs d'apprentissage

Les étudiants devraient comprendre en quoi consiste la discipline de la sécurité des patients et en quoi elle minimise l'incidence et l'impact des EIAS et optimise le rétablissement suite à ces événements.

Acquis de l'apprentissage : connaissances théoriques et pratiques

Les connaissances et les savoir-faire en matière de sécurité des patients couvrent de nombreux domaines, aussi bien le travail en équipe efficace qu'une communication appropriée et opportune, que la sécurité de la prise en charge médicamenteuse ou l'hygiène des mains et les compétences chirurgicales. Les thématiques de ce Guide pédagogique ont été choisies en fonction de leur pertinence et de leur efficacité. Dans ce module, nous présentons la sécurité des patients dans les grandes lignes et nous ouvrons la voie à un apprentissage approfondi de certains des domaines susmentionnés. Par exemple, nous introduisons le terme d'*événement sentinelle* ici mais sa signification et son importance dans le cadre de la sécurité des patients font l'objet d'une discussion détaillée dans le Module 5 (*Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages*) et le Module 6 (*Comprendre et gérer les risques cliniques*).

Connaissances théoriques

Les étudiants devraient connaître :

- les dommages causés par les erreurs en santé et les défaillances systémiques ;
- les leçons apprises à partir des erreurs et des défaillances systémiques touchant d'autres industries ;
- l'histoire de la sécurité des patients et les origines de la culture de culpabilisation ;
- la différence entre les défaillances systémiques, les violations et les erreurs ;
- un modèle de sécurité des patients.

Connaissances pratiques

Les étudiants doivent appliquer les principes relatifs à la sécurité des patients dans toutes leurs activités professionnelles. Ils ont besoin de prouver leur capacité à reconnaître le rôle que joue la sécurité des patients dans la dispensation de soins sûrs.

Dommages causés par les erreurs en santé et les défaillances systémiques

Si l'importance des EIAS dans le système de santé est admise depuis longtemps [5-12], leur reconnaissance et leur gestion varient largement entre les systèmes et les professions de santé. Le manque d'informations et la mauvaise compréhension quant à l'ampleur des dommages causés ainsi que le fait que la plupart des erreurs n'entraînent aucun dommage peuvent expliquer pourquoi il a fallu attendre aussi longtemps pour que la sécurité des patients soit considérée comme une priorité. En outre, les erreurs concernent un patient à la fois et il est possible que le personnel qui travaille dans un secteur d'activité ne fasse l'expérience ou n'observe que rarement un EIAS. Les erreurs et les défaillances systémiques ne se produisent pas toutes au même moment ou au même endroit et cela peut dissimuler l'ampleur des erreurs dans le système.

La collecte et la publication des données relatives aux résultats des patients ne sont pas encore systématiques dans tous les établissements de santé. De nombreuses études ayant examiné ce type de données [11,13,14] ont néanmoins montré que la plupart des EIAS sont évitables. Dans une étude princeps, Leape *et al*. [14] ont montré que plus des deux tiers des EIAS survenus dans leur échantillon étaient évitables, 28 % étant imputables à la négligence d'un professionnel de santé et 42 % à des facteurs autres que la négligence. Ils sont parvenus à la conclusion que de nombreux patients avaient été victimes d'un dommage du fait d'une mauvaise prise en charge médicale et de soins inappropriés.

Bates *et al.* [15] ont observé que les événements indésirables médicamenteux sont courants et que les événements indésirables médicamenteux graves sont souvent évitables. Ils ont aussi constaté que, dans les grands hôpitaux universitaires des États-Unis, les médicaments causaient des dommages aux patients selon un taux global de 6,5 pour 100 admissions. Si la plupart de ces événements étaient le résultat d'erreurs de prescription et de dispensation, bon nombre d'entre eux survenaient également lors de l'administration. Les auteurs de cette étude ont suggéré que des stratégies de prévention soient mises en œuvre lors des différentes phases du processus de PEC médicamenteuse. Leur recherche, qui s'appuie sur des rapports rédigés par le personnel infirmier et des pharmaciens et sur l'examen des graphiques journaliers, représente une estimation modeste des EIAS car bon nombre de médecins ne signalent pas systématiquement leurs erreurs médicamenteuses.

Beaucoup d'études confirment que les erreurs en santé sont fréquentes dans nos systèmes de santé et que les coûts qui y sont associés sont substantiels. En Australie [16], les erreurs se traduisent par 18 000 morts inutiles et plus de 50 000 patients handicapés. Aux États-Unis [17], les erreurs médicales entraînent au moins 44 000 (et peut-être jusqu'à

98 000) morts inutiles par an ainsi qu'un million de dommages supplémentaires.

En 2002, à l'occasion de l'Assemblée mondiale de la Santé, les États membres de l'OMS ont adopté une résolution sur la sécurité des patients reconnaissant, d'une part, la nécessité de réduire les dommages causés aux patients et à leurs familles ainsi que leur souffrance, et, d'autre part, les preuves irréfutables des avantages économiques liés à l'amélioration de la sécurité des patients. Les études montrent que les hospitalisations supplémentaires, les frais de litige, les infections nosocomiales, la perte de revenus, les dépenses associées à une invalidité et les frais médicaux coûtent à certains pays entre 6 milliards et 29 milliards de dollars américains par an [17, 18].

La publication des études internationales énumérées dans le Tableau B.1.1 a révélé l'ampleur des dommages associés aux soins de santé causés aux patients. Ces études confirment le nombre important de patients concernés et indiquent le taux d'EIAS dans quatre pays.

Tableau B.1.1. Données relatives aux EIAS dans les hôpitaux de soins aigus en Australie, au Danemark, au Royaume-Uni et aux États-Unis

	Étude	Année de collecte des données	Nombre d'hospitalisations	Nombre d'EIAS	Taux d'EIAS (%)
1	États-Unis (Harvard Medical Practice Study)	1984	30 195	1 133	3,8
2	É-U (Utah–Colorado study)	1992	14 565	475	3,2
3	États-Unis (Utah–Colorado study)[a]	1992	14 565	787	5,4
4	Australie (Quality in Australian Health Care Study)	1992	14 179	2 353	16,6
5	Australie (Quality in Australian Health Care Study)[b]	1992	14 179	1 499	10,6
6	Royaume-Uni	1999–2000	1 014	119	11,7
7	Danemark	1998	1 097	176	9,0

Source : Organisation mondiale de la Santé, Conseil exécutif cent neuvième session, point 3.4 de l'ordre du jour provisoire. 5 décembre 2001, EB 109/9 [19].

[a] Étude révisée en utilisant la même méthodologie que l'étude Quality in Australian Health Care Study (harmonisant les quatre différences méthodologiques entre les deux études).

[b] Étude révisée en utilisant la même méthodologie que l'étude Utah–Colorado Study (harmonisant les quatre différences méthodologiques entre les deux études).

Les études 3 et 5 présentent les données les plus directement comparables entre les études Utah–Colorado Study et Quality in Australian Health Care Study.

Les études énumérées dans le Tableau B.1.1 ont utilisé l'examen rétrospectif des dossiers médicaux afin de mesurer l'ampleur des dommages causés aux patients par les soins [20-23]. Depuis, le Canada, l'Angleterre et la Nouvelle-Zélande ont publié des données relatives aux EIAS similaires [24]. Si les taux de dommages varient entre les pays qui publient des données, tous s'accordent à dire que les dommages subis sont très préoccupants. Si elles n'en restent pas moins horribles pour les familles et les professionnels de santé impliqués, les morts catastrophiques relayées dans les médias ne sont pas représentatives de la majorité des événements indésirables associés aux soins. Les patients sont davantage susceptibles de subir des événements moins graves, bien qu'invalidants, tels qu'une infection au niveau d'une plaie, des escarres de décubitus et l'échec d'une opération du dos [24]. Les patients chirurgicaux sont plus à risque que les autres [25].

Pour faciliter la gestion des EIAS, bon nombre de systèmes de santé classent ces événement en fonction de leur degré de gravité. Les événements indésirables associés aux soins les plus graves, qui causent des blessures sérieuses ou le décès, sont appelés des *événements indésirables graves*. Dans certains pays, ils sont appelés les événements « *qui ne devraient jamais avoir lieu* » (« never events »). Bon nombre de pays se sont déjà dotés de systèmes de déclaration et d'analyse des EIAS ou sont en passe de le faire. Pour améliorer davantage la prise en charge sur le long terme, certains pays ont même rendu obligatoire la déclaration des événements indésirables graves accompagnée d'Analyses des Causes Racines dans le but de déterminer l'origine de chaque erreur. Classer les EIAS permet de garantir que les événements les plus graves, qui pourraient se reproduire, sont analysés à l'aide de méthodes d'amélioration de la qualité, d'une part, et de s'assurer que les causes du problème sont mises au jour et que des mesures visant à prévenir la survenue d'événements similaires sont prises, d'autre part. Ces méthodes sont abordées dans le Module 7.

Tableau B.1.2. Certains EIAS déclarés en Australie et aux États-Unis [19]

Type d'EIAS	États-Unis (% du nombre total de 1 579 EIAS)	Australie (% du nombre total de 175 EIAS)
Suicide d'une patient pendant son hospitalisation ou dans les 72 h suivant sa sortie	29	13
Intervention chirurgicale pratiquée chez le mauvais patient ou sur le mauvais site	29	47
Erreur médicamenteuse entraînant la mort	3	7
Viol/agression/homicide d'un patient hospitalisé	8	s. o.
Incompatibilité transfusionnelle	6	1
Décès maternel (travail, accouchement)	3	12
Enlèvement de nourrisson/sortie d'un nourrisson avec la mauvaise famille	1	-
Oubli d'un instrument après une intervention	1	21
Décès imprévu d'un nouveau-né à terme	-	s. o.
Hyperbilirubinémie néonatale sévère	-	s. o.
Exposition prolongée aux rayons X	-	s. o.
Embolie gazeuse	s. o.	-

Source : Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 2007 [24].

s. o. signifie que que cette catégorie ne figure pas dans la liste des événements sentinelles à signaler dans le pays.

Coûts humains et économiques

Les coûts humains et économiques associés aux EIAS sont importants. L'Australian Patient Safety Foundation (la fondation australienne pour la sécurité des patients) a estimé à environ 18 millions de dollars australiens le coût des plaintes et des primes d'assurance liés aux poursuites judiciaires pour négligence médicale dans l'État d'Australie-Méridionale pour la période 1997–1998 [26]. Au Royaume-Uni, le service national de santé paie chaque année environ 400 millions de livres sterling pour régler les plaintes pour négligence clinique [14]. En décembre 1999, l'Agency for Healthcare Research and Quality (l'agence américaine pour la recherche et la qualité des soins, AHRQ) a indiqué que la prévention des erreurs médicales pourrait permettre d'épargner quelques 8,8 milliards de dollars américains par an. Toujours en 1999, l'Institute of Medicine (IOM) a estimé, dans son fameux rapport intitulé *To err is human*, entre 44 000 et 98 000 le nombre de décès annuels imputables aux erreurs médicales commises dans les hôpitaux, plaçant ainsi ces erreurs à la huitième place des causes principales de mortalité aux États-Unis. Dans ce rapport, l'IOM estimait également que les erreurs évitables coûtent aux pays environ 17 milliards de dollars américains en coûts directs et indirects.

Les coûts humains en termes de douleur et de souffrance, qui incluent la perte d'indépendance et de productivité pour les patients et leurs familles/soignants, n'ont pas été calculés. Si les débats [27-31] au sein de la profession médicale se poursuivent quant aux méthodes utilisées pour déterminer précisément les taux de dommages et les coûts que ces derniers font peser sur les systèmes de santé, bon nombre de pays ont reconnu que l'examen et la réforme de la sécurité des systèmes de santé constituent une priorité.

Leçons apprises à partir des erreurs et des défaillances systémiques touchant d'autres industries

Les catastrophes technologiques de grande ampleur impliquant un véhicule spatial, des ferries, des plateformes pétrolières, des réseaux ferroviaires, des centrales nucléaires et des installations chimiques, survenues dans les années 1980, ont conduit à valoriser davantage la sécurité dans l'organisation des lieux de travail et dans le professionnalisme. Le principe de base sous-jacent aux efforts visant à améliorer la sécurité dans ces industries était que les accidents sont causés non pas par des facteurs uniques et isolés mais par de multiples facteurs. Des facteurs individuels conjoncturels, les conditions de travail et des facteurs organisationnels sous-jacents, ainsi que des décisions du management sont souvent en cause. L'analyse de ces catastrophes a également montré que plus l'organisation est complexe, plus le risque est élevé qu'un plus grand nombre d'erreurs systémiques se produisent.

Barry Turner, un sociologue qui a étudié les défaillances organisationnelles dans les années 1970, a été le premier à réaliser qu'il était essentiel de retracer la « chaîne d'événements » pour comprendre les causes sous-jacentes à un accident [32,33]. Les travaux de James Reason sur la théorie cognitive des erreurs actives et latentes et des risques associés aux accidents organisationnels s'appuient sur ces

recherches [34, 35]. James Reason a analysé les caractéristiques de bon nombre des catastrophes survenues dans les années 1980 et il a remarqué que les erreurs humaines latentes étaient plus importantes que les défaillances techniques. Même en présence de matériel ou de composants défectueux, il a conclu que l'action humaine aurait pu éviter ou atténuer les mauvais résultats.

Une analyse de la catastrophe de Tchernobyl [36] a montré que les erreurs organisationnelles et les violations des procédures opérationnelles, qui étaient considérées comme symptomatiques d'une « culture de sécurité insuffisante » [37] sur le site, étaient en réalité des caractéristiques organisationnelles qui ont contribué à l'accident. L'enquête menée sur la catastrophe de Tchernobyl nous a appris l'importance cruciale que revêt une culture organisationnelle dominante qui tolère les violations des règles et des procédures. Il en était de même pour les événements qui ont précédé l'explosion de la navette Challenger [38]. L'enquête sur l'accident a montré comment les violations étaient devenues la règle. (La commission d'enquête a trouvé des défauts de conception et une mauvaise communication pourrait également avoir contribué à l'explosion.) Diane Vaughan a analysé les résultats de l'enquête sur l'explosion de la navette Challenger et expliqué comment les violations constatées étaient le résultat de négociations constantes entre les experts à la recherche de solutions dans un cadre discutable et sans les connaissances nécessaires. Elle a suggéré que la procédure d'identification et de négociation appliquée aux facteurs de risques avait conduit à considérer comme normales des évaluations qui signalaient, en réalité, des risques.

Tableau B.1.1. L'explosion de Challenger

Les violations susceptibles d'avoir provoqué l'explosion de la navette Challenger

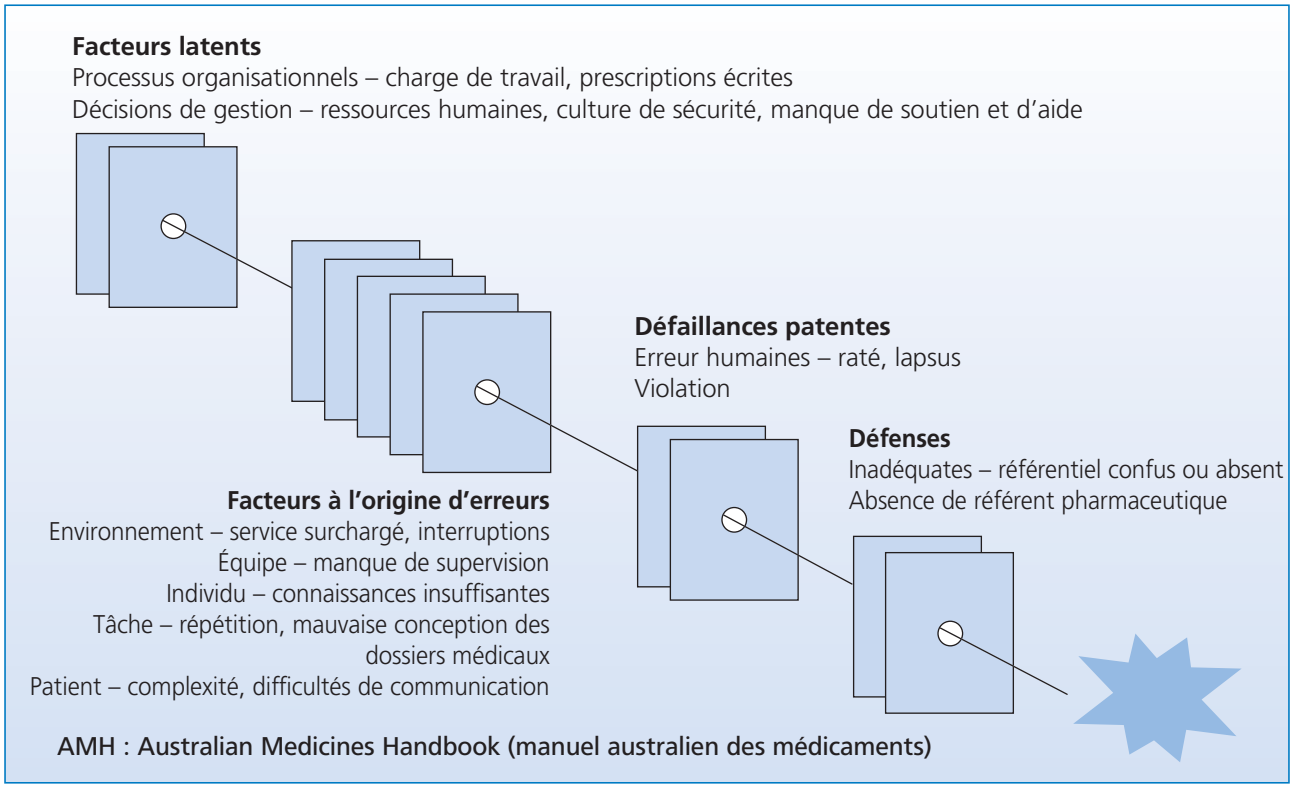
Pendant presque un an avant la dernière mission de Challenger, les ingénieurs ont parlé d'un défaut de conception des joints. Des efforts ont été consentis afin de trouver une solution au problème mais, avant chaque mission, les représentants de la NASA et de Thiokol (l'entreprise qui avait conçu et fabriqué les boosters) affirmaient que les boosters pouvaient être utilisés en toute sécurité. (Voir : McConnell M. Challenger: a major malfunction. London, Simon & Schuster, 1987:7). La navette Challenger avait effectué neuf missions avant son accident fatal.

James Reason [39] s'est servi de ces leçons apprises d'autres industries pour essayer de comprendre le nombre élevé d'EIAS dans les environnements de soins. Il a ainsi expliqué que seule une approche systémique (par opposition à l'approche culpabilisante plus courante, basée sur la culpabilisation des personnes) permettra de créer une culture de soins de santé plus sûre car il est plus facile de modifier les conditions de travail des professionnels que de faire évoluer les comportements humains. Pour illustrer une approche systémique, il s'est servi d'exemples industriels qui montrent les avantages de mettre en place des défenses, des protections et des barrières intégrées. Lorsqu'un système tombe en panne, il faut en premier lieu se demander pourquoi cette panne a eu lieu, et pas qui en est à l'origine. Par exemple, quelles mesures de protection ont fait défaut ? James Reason a créé le modèle dit du « fromage suisse » ou des plaques [40] pour expliquer comment les défaillances qui surviennent aux différents niveaux d'un système peuvent conduire à des accidents ou des EIAS.

Le modèle de J. Reason, reproduit ci-dessous (Figure B.1.1), illustre les différents types de facteurs (les facteurs latents, les facteurs à l'origine d'erreurs, les défaillances patentes et les défenses) associés aux EIAS.

La figure montre qu'une défaillance à un niveau de l'organisation ne suffit généralement pas à causer un accident. En pratique, les mauvais résultats sont le fruit de plusieurs défaillances qui se produisent à plusieurs niveaux (violations des règles, ressources inappropriées, mauvaise supervision et manque d'expérience par exemple) et s'alignent momentanément, permettant l'émergence d'une trajectoire accidentelle. Par exemple, superviser de façon opportune et appropriée un médecin débutant peut permettre d'éviter une erreur médicamenteuse. Pour lutter contre les erreurs en première ligne du modèle, J. Reason a évoqué le principe des « défenses en profondeur » [41] selon lequel des couches successives de protection (compréhension, sensibilisation, alarmes et avertissements, restauration des systèmes, barrières de sécurité, confinement, élimination, évacuation, voie de secours) sont mises en place pour protéger contre la défaillance qui se produit au niveau de la couche sous-jacente. L'organisation est conçue pour anticiper les défaillances, minimisant ainsi les conditions latentes cachées qui permettent aux défaillances « patentes » de causer des dommages.

Figure B.1.1. Modèle du « fromage suisse » : les étapes et les facteurs associés aux EIAS 7



Source : Coombes ID *et al.* Why do interns make prescribing errors? A qualitative study. *Medical Journal of Australia*, 2008 (adapté du modèle de James Reason sur les causes d'accidents) [41].

Histoire de la sécurité des patients et origines de la culture de culpabilisation 8 9

En santé, la gestion traditionnelle des défaillances et des erreurs est basée sur une approche culpabilisante : nous désignons les personnes directement impliquées dans les soins du patient au moment de l'EIAS et nous les tenons pour responsables. Dans ce domaine, désigner un coupable est une façon courante de résoudre les problèmes. C'est ce que nous appelons la « culture de culpabilisation ou du blâme ». Depuis 2000, le nombre de références à la culture de culpabilisation dans la littérature médicale a fortement augmenté [42]. Cela pourrait être dû au constat qu'il n'est pas possible d'améliorer le système tant que nous privilégions la culpabilisation des personnes. La volonté de désigner des coupables est considérée comme l'une des principales contraintes pesant sur la capacité d'un système de santé à gérer les risques [40, 43-46] et à améliorer les soins. Par exemple, si l'on s'aperçoit qu'un patient a reçu le mauvais médicament et que cela a provoqué une réaction allergique, nous cherchons l'étudiant, le pharmacien, l'infirmier(ère) ou le médecin qui a prescrit ou administré ce médicament et nous l'accusons de l'état du patient. Les professionnels identifiés comme responsables sont également humiliés. Ils peuvent devoir participer à une formation de rattrapage ou à un entretien disciplinaire ou se voir notifiés de ne jamais recommencer. Nous savons qu'insister auprès des professionnels de santé pour qu'ils fassent un effort ne suffit pas. Il conviendrait aussi de modifier les politiques et les procédures afin d'aider les professionnels à éviter les réactions allergiques chez les patients. Malgré cela, l'attention se porte toujours sur le membre du personnel et non sur la façon dont le système n'a pas réussi à protéger le patient et à empêcher l'administration du mauvais médicament.

Pourquoi cherchons-nous un coupable ?

Exiger des réponses à la survenue d'un EIAS n'est pas une réaction inhabituelle. C'est dans la nature humaine de chercher un coupable et cela soulage ceux qui sont impliqués dans l'analyse d'un événement indésirable si il y a quelqu'un à punir. Les socio-psychologues se sont penchés sur la façon dont les gens prennent des décisions concernant les causes d'un événement particulier qui s'explique, selon eux, par la théorie de l'attribution causale. Le point de départ de cette théorie est que, de par sa nature, l'homme veut comprendre le monde. Dès lors, lorsque des événements inattendus se produisent, il essaie systématiquement d'en déterminer la cause.

La croyance, selon laquelle infliger des sanctions indique clairement à tous que les erreurs sont inacceptables et que ceux qui les commettent seront

punis, joue un rôle essentiel dans notre besoin de culpabiliser. Le problème de cette hypothèse est qu'elle suppose que le coupable choisit de faire une erreur plutôt que de suivre la procédure appropriée et qu'il fait intentionnellement ce qu'il ne devrait pas. Nous pensons que, du fait de leur formation et/ou de leur statut professionnel, ces personnes auraient dû faire preuve d'un plus grand discernement. [47] Les notions que nous avons de la responsabilité individuelle interviennent dans notre recherche d'un coupable. Assumer la responsabilité de ses actes s'inscrit dans la formation et le code de bonnes pratiques des professionnels. Il est plus facile d'attribuer la responsabilité juridique d'un accident aux erreurs ou aux comportements inappropriés des acteurs de terrain plutôt qu'au management [47].

En 1984, Charles Perrow [48] a été le premier à écrire sur la nécessité d'arrêter de « pointer du doigt » les personnes impliquées après avoir remarqué que 60 à 80 % des défaillances systémiques étaient attribuées à une « erreur humaine » [5]. A l'époque, la réponse culturelle prédominante aux erreurs consistait à punir les personnes au lieu de faire face aux problèmes systémiques susceptibles d'avoir contribué à l'erreur. L'idée qui sous-tendait cette pratique était que, dans la mesure où les personnes sont formées à l'exécution de tâches, une défaillance au niveau d'une tâche est nécessairement liée à une contre-performance individuelle qu'il convient de punir. Selon Charles Perrow, ces pannes sociotechniques sont une conséquence naturelle de la complexité des systèmes technologiques [31]. D'autres [49] ont étoffé cette théorie en insistant sur le rôle des facteurs humains aux niveaux individuel et organisationnel.

James Reason [40], en s'appuyant sur les premiers travaux de C. Perrow [48] et de B. Turner [33], a proposé la double explication suivante à l'erreur humaine. Premièrement, les actions humaines sont presque toujours limitées et gouvernées par des facteurs qui échappent au contrôle direct de la personne. Par exemple, les étudiants en soins infirmiers doivent suivre des politiques et des procédures élaborées par le personnel infirmier. Deuxièmement, il est difficile d'éviter des actions que l'on n'avait pas l'intention d'effectuer. Par exemple, un étudiant en soins dentaires, qui souhaitait obtenir le consentement d'un patient pour une intervention, ne connaissait peut-être pas les règles du consentement éclairé. Un étudiant en soins infirmiers peut ne pas avoir compris l'importance de s'assurer que le consentement signé figure dans le dossier avant d'entamer la procédure. Ou, le patient peut avoir dit à l'étudiant qu'il ne comprend pas le document qui a été signé et l'étudiant n'en a pas fait part au médecin.

Les erreurs ont de multiples causes qui peuvent être liées à l'individu, à la tâche à accomplir, à l'environnement et à l'organisation. Par exemple, si un étudiant en soins dentaires, en médecine ou en soins infirmiers pénètre dans une zone stérile sans avoir respecté le lavage chirurgical préalable, c'est peut-être parce qu'on ne lui a jamais montré comment faire ou parce qu'il a constaté que les autres professionnels ne respectent pas les recommandations en la matière. Autre possibilité : il n'y avait plus de soluté hydro-alcoolique ou l'étudiant répondait à un appel d'urgence. Il est bien plus facile d'améliorer les situations que les individus lorsqu'on est en face d'équipes constituées, expérimentées et majoritairement bien intentionnées. Par exemple, si le personnel était autorisé à entrer dans les salles d'opération uniquement après avoir suivi les techniques d'hygiène des mains appropriées, le risque d'infection serait réduit.

James Reason avait mis en garde contre ce que l'on appelle le « biais rétrospectif », à savoir l'impression, a posteriori, qu'un événement était prévisible. En effet, les personnes impliquées dans un accident grave ne souhaitent pas que quelque chose se produise et, en général, font ce qui leur semble alors approprié bien qu'elles puissent ne pas voir les conséquences de leurs actions [35].

Aujourd'hui, les responsables des industries et technologies de pointe complexes ont majoritairement conscience qu'une culture de culpabilisation est incapable de mettre en lumière les problèmes liés à la sécurité [50]. Si bon nombre de systèmes de santé commencent à le reconnaître, nous ne sommes pas encore passés de l'approche culpabilisante, qui consiste le plus souvent à blâmer et dissimuler, à une culture ouverte dans laquelle des processus sont mis en place afin d'identifier les défaillances ou les pannes qui surviennent au niveau de nos dispositifs de défense. Les organisations qui accordent une grande importance à la sécurité examinent systématiquement tous les aspects de leur système en prévention d'un accident, notamment la conception du matériel, les procédures, la formation et les particularités de l'organisation [51].

Violations

L'utilisation d'une approche systémique pour analyser les erreurs et les défaillances ne suppose pas d'adopter une culture totalement non culpabilisante. Dans toutes les cultures, les professionnels de santé doivent assumer la responsabilité de leurs actes, maintenir leurs compétences et exercer leur métier dans le respect de l'éthique. Tout en apprenant à penser systémique, les étudiants ne doivent pas perdre de vue pour autant qu'en tant que professionnels de santé, ils sont responsables de leurs actes [44]. Une partie du problème réside dans le fait que bon nombre de professionnels enfreignent chaque jour les règles, en ne se lavant pas les mains correctement ou en laissant des professionnels débutants et inexpérimentés travailler sans supervision appropriée. Pendant leurs stages cliniques, les étudiants peuvent être amenés à voir des professionnels de santé prendre des « raccourcis » et, partant, penser que c'est la façon de bien faire les choses. De tels comportements sont inacceptables.

James Reason a étudié le rôle des violations dans les systèmes et a soutenu qu'en plus d'une approche systémique de la gestion des erreurs, nous avons besoin de régulateurs efficaces avec une législation, des ressources et des outils appropriés pour sanctionner les comportements cliniques à risque [40].

Il a défini la violation comme un écart avec les procédures opérationnelles sûres, les normes ou les règles [40]. Il a associé les violations routinières et d'optimisation aux caractéristiques personnelles, et les violations « nécessaires » aux défaillances organisationnelles.

Violations routinières
Les professionnels qui ne se lavent pas correctement les mains entre chaque patient parce qu'ils pensent être débordés commettent une violation routinière. J. Reason a affirmé que ces violations sont fréquentes et souvent tolérées. Ne pas transmettre correctement les informations lors des changements d'équipe, y compris lors des transferts, ne pas respecter un protocole et ne pas répondre aux appels lors des gardes sont d'autres exemples de violations routinières en santé.

Violations pour priorisation personnelle
Les professionnels expérimentés qui laissent les étudiants réaliser une procédure sans supervision appropriée parce qu'ils sont occupés avec les patients de leur clientèle privée commettent une violation pour priorisation personnelle. Les violations dans lesquelles une personne agit par intérêt personnel, comme l'appât du gain ou la recherche de sensations fortes, la mise en œuvre de traitements expérimentaux et la réalisation de procédures inutiles, entrent dans cette catégorie.

Violations « nécessaires »
Les infirmier(ère)s et les médecins pris par le temps, qui sautent sciemment des étapes importantes lors de l'administration (ou de la prescription) de médicaments, ou une sage-femme qui ne note pas l'avancée du travail d'une femme en raison des contraintes liées au temps, sont des exemples de violations « nécessaires ». Un professionnel qui fait délibérément quelque chose qu'il sait être dangereux ou nocif ne vise pas nécessairement un résultat négatif mais la mauvaise compréhension des obligations professionnelles et la faiblesse des systèmes de gestion des comportements inappropriés font le lit de comportements aberrants.

En appliquant la pensée systémique aux erreurs et aux défaillances, nous pouvons nous prémunir contre l'empressement à rejeter la faute sur les personnes les plus proches de l'erreur lorsque l'un de ces événements se produit. En mettant en œuvre une approche systémique, nous pouvons examiner le système dans son intégralité afin de déterminer les causes de l'événement plutôt que les personnes responsables. Avant de pouvoir évaluer si une personne est responsable de l'événement, il faut avoir étudié attentivement les multiples facteurs qui lui sont associés.

Modèle de sécurité des patients

L'urgence de la sécurité des patients a été mise en lumière il y a une dizaine d'années, lorsque l'IOM américain a organisé sa table ronde nationale sur la qualité des soins de santé. Depuis, les débats et les discussions autour de la sécurité des patients ont été alimentés par les erreurs apprises d'autres industries, l'application de méthodes d'amélioration de la qualité pour mesurer et améliorer les soins des patients, et l'élaboration d'outils et de stratégies visant à réduire les erreurs et les défaillances. Toutes ces connaissances ont renforcé la place des sciences de la sécurité dans le contexte des services de santé. L'OMS et ses États membres, ainsi que la plupart des professions de santé, ont reconnu la nécessité d'améliorer les soins de santé en en repensant les procédures.

C'est grâce à des disciplines comme la psychologie cognitive, la psychologie organisationnelle, l'ingénierie et la sociologie que la sécurité des patients a émergé en tant que discipline à part entière. L'application des connaissances théoriques issues de ces autres disciplines a conduit à l'élaboration de cours de troisième cycle universitaire sur la qualité et la sécurité et sur la sécurité des patients dans les programmes de formation des professions de santé.

Pour appliquer les principes et les concepts relatifs à la sécurité des patients dans leur environnement de travail, les professionnels de santé ne doivent pas nécessairement avoir suivi une formation à la qualité et la sécurité. Cela demande plutôt de mettre en application un éventail de compétences et de tenir compte des aspects de la sécurité des patients en toute situation, en reconnaissant que les choses peuvent tourner mal. Les professionnels de santé devraient prendre l'habitude de partager leurs expériences en matière d'EIAS. A l'heure actuelle, alors que le rôle joué par une communication précise et opportune dans la sécurité des patients nous apparaît plus clairement, l'accent est mis sur l'importance d'être un membre efficace au sein d'une équipe. La formation pour devenir un membre efficace au sein d'une équipe commence lors de la formation initiale. Apprendre à échanger les rôles et à tenir compte du point de vue des autres est essentiel pour assurer un travail d'équipe efficace.

Les spécialistes de la sécurité des patients en ont donné la définition suivante :
« Une discipline du secteur de la santé qui applique les méthodes des sciences de la sécurité en vue de parvenir à un système sûr de dispensation des soins. La sécurité des patients est également un attribut des systèmes de santé ; elle réduit l'incidence et l'impact des événements indésirables et en optimise la récupération » [52].

Cette définition fournit un cadre au modèle conceptuel de la sécurité des patients. Emanuel *et al.* [47] ont mis au point un modèle de sécurité des patients simple. Il classe les systèmes de santé dans les quatre principaux domaines ci-dessous :

1. ceux qui travaillent dans le domaine de la santé ;
2. ceux qui reçoivent des soins ou qui ont un intérêt dans leur accessibilité ;
3. l'infrastructure des systèmes qui délivrent les soins ;
4. les méthodes de retour d'expérience et d'amélioration continue.

Ce modèle partage des caractéristiques communes avec d'autres modèles qualité [53], notamment comprendre le système de santé, admettre que la performance varie selon les services et les établissements, comprendre les méthodes d'amélioration, y compris comment mettre en œuvre et mesurer les changements, et comprendre les professionnels qui travaillent au sein du système ainsi que leurs relations interpersonnelles et avec l'organisation.

Comment appliquer les principes relatifs à la sécurité des patients dans les activités de soins de santé

Les occasions ne manquent pas pour les étudiants d'appliquer leurs connaissances en sécurité des patients dans leur pratique clinique et professionnelle.

Établir une relation avec les patients

Tous les professionnels de santé, et les étudiants, devraient créer des liens et communiquer avec chaque patient et considérer ce dernier comme un être humain unique qui vit sa propre expérience de sa maladie ou de son état. L'application des seules compétences et connaissances théoriques ne produira pas nécessairement les meilleurs résultats pour le patient. Les étudiants doivent également discuter avec le patient de sa façon de percevoir sa maladie ou son état et de l'impact qu'elle/il a sur lui et sa famille. Pour garantir des soins sûrs et efficaces, il faut que le patient fasse part de son expérience de la maladie, de son environnement social, de son attitude face aux risques impliqués, de ses valeurs et de ses préférences quant à son traitement.

Les étudiants et les formateurs doivent s'assurer que le patient comprenne que les étudiants ne sont pas des professionnels de santé qualifiés. Lorsque ces derniers sont présentés au patient ou à sa famille, ils devraient toujours l'être en tant qu'étudiants. Il est important de ne pas qualifier les étudiants de « dentistes débutants » ou d'« infirmier(ère)s débutant(e)s », de « médecins étudiants », « jeunes pharmaciens », « assistants » ou « confrères » car ces termes peuvent amener le patient à penser qu'ils sont qualifiés. L'honnêteté est importante pour la sécurité des patients. Les étudiants doivent avertir le patient de leur statut, même s'ils doivent pour cela corriger ce qui a été dit par leur superviseur ou leur formateur.

Il arrive parfois que les formateurs présentent les étudiants de façon à mettre en confiance le patient et les étudiants, sans réaliser qu'ils prennent des libertés avec la vérité. Il n'est sans doute pas judicieux que les étudiants rectifient les propos du formateur à ce moment-là. Il vaut mieux vérifier avec lui comment il a l'habitude de présenter les étudiants au patient en amont, en particulier si c'est la première fois qu'étudiants et formateur travaillent ensemble. Les étudiants doivent expliquer clairement au patient et à sa famille qu'ils sont étudiants.

Comprendre les multiples facteurs qui entrent en jeu dans les défaillances

Les étudiants devraient regarder au-delà d'une erreur ou d'une défaillance de soins et comprendre que de nombreux facteurs peuvent être associés à un EIAS. Pour cela, les étudiants devront poser des questions sur les facteurs sous-jacents et encourager les autres à envisager l'erreur d'un point de vue du système. Par exemple, lors d'une réunion d'équipe ou d'une discussion de groupe, ils pourraient être les premiers à poser des questions sur les causes possibles d'erreurs en demandant « Que s'est-il passé » plutôt que « Qui était impliqué ? ». La méthode des cinq « Pourquoi » (qui consiste à continuer de demander pourquoi un événement est survenu tant qu'on obtient une réponse) permet d'éviter que la discussion sur les causes ne s'écarte du système et ne s'oriente sur les personnes.

Tableau B.1.2. Les cinq « pourquoi »

Les cinq « pourquoi »

Affirmation : L'infirmier(ère) a administré le mauvais médicament.

Pourquoi ?

Réponse : parce qu'elle a mal compris le nom du médicament prescrit par le médecin.

Pourquoi ?

Réponse : parce que le médecin était fatigué, c'était le milieu de la nuit et l'infirmier(ère) ne voulait pas lui demander de répéter.

Pourquoi ?

Réponse : parce qu'il/elle savait qu'il allait s'énerver et crier.

Pourquoi ?

Réponse : parce qu'il était très fatigué et qu'il opérait depuis au moins 16 heures.

Pourquoi ?

Parce que....

Éviter de désigner un coupable lorsqu'une erreur se produit
Il est important que les étudiants se soutiennent mutuellement et entre collègues des autres professions de santé lorsqu'ils sont impliqués dans un EIAS. Si les étudiants ne sont pas ouverts aux discussions sur les erreurs, ils n'auront pas la possibilité d'en tirer des enseignements. Toutefois, les étudiants sont souvent exclus des réunions au cours desquelles les EIAS sont examinés. Certaines écoles et certains hôpitaux et centres de soins n'organisent d'ailleurs pas ce genre de réunions. Cela ne témoigne pas nécessairement d'une volonté des cliniciens de dissimuler leurs erreurs mais indique plutôt qu'ils ne connaissent pas les stratégies de sécurité des patients permettant d'en tirer des leçons. Ils peuvent également craindre les retombées médico-légales et la possible interférence des administrateurs. Heureusement, les concepts liés à la sécurité des patients deviennent mieux connus et font l'objet de discussions dans le secteur de la santé. Les occasions de passer les soins au crible et de procéder aux améliorations nécessaires pour réduire les erreurs sont de plus en plus nombreuses. Les étudiants peuvent demander à leurs superviseurs si leur établissement organise des réunions ou d'autres groupes d'analyse par les pairs, comme les revues de morbidité-mortalité, dans lesquels les EIAS sont examinés. Indépendamment de leur niveau de formation, les étudiants doivent être bien conscients de l'importance de signaler les erreurs qu'ils commettent à leurs superviseurs.

Pratiquer des soins fondés sur les preuves
Les étudiants devraient apprendre à appliquer les pratiques fondées sur les preuves. Ils devraient connaître le rôle des recommandations et comprendre l'importance de les suivre. Lorsqu'un étudiant fait un stage dans un secteur d'activité, il devrait chercher à connaître les recommandations et les protocoles qui y sont couramment utilisés. Ces recommandations et protocoles devraient, lorsque cela est possible, être fondés sur des preuves.

Assurer la continuité des soins aux patients
Le système de santé est composé de plusieurs éléments qui interagissent pour garantir un continuum de soins aux patients et à leurs familles. Il est important de connaître le parcours de soins du patient pour comprendre comment des défaillances peuvent survenir. D'importantes informations peuvent être perdues, obsolètes ou incorrectes, ce qui peut conduire à des soins inappropriés ou des erreurs. La continuité des soins est alors interrompue, exposant le patient à un mauvais résultat.

Avoir conscience de l'importance de prendre soin de soi
Les étudiants devraient veiller à leur bien-être et à celui de leurs pairs et collègues. Ils devraient être encouragés à avoir leur propre médecin traitant et à connaître leur état de santé. Si un étudiant présente une difficulté (problème psychique ou altération des facultés liée à la consommation de drogues ou d'alcool), il conviendrait de l'inciter à consulter un professionnel.

Agir chaque jour de façon éthique
Apprendre à être un bon professionnel de santé passe nécessairement par l'observation de professionnels expérimentés et respectés et la pratique clinique impliquant des patients. Les étudiants ont la chance de pouvoir apprendre lors du traitement de vrais patients. La plupart des patients comprennent que les étudiants doivent apprendre et que l'avenir des soins de santé dépend de leur formation. Les étudiants doivent néanmoins garder à l'esprit que la possibilité qu'ils ont d'interroger, d'examiner et de traiter des patients est un privilège qui leur est accordé par chaque patient. Les patients doivent donner leur accord pour être examinés par un étudiant. Les étudiants doivent toujours demander aux patients l'autorisation de les examiner ou de leur poser des questions personnelles. Ils doivent également être conscients que les patients peuvent refuser à tout moment et demander à ce qu'ils mettent un terme à leur examen.

Il est important que les formateurs cliniques informent les patients que leur participation aux activités de formation est purement volontaire, même dans les hôpitaux universitaires. Les formateurs et les étudiants doivent obtenir le consentement verbal des patients avant que les étudiants ne commencent à les interroger et à les examiner. Lorsque l'on demande à un patient de permettre à un étudiant de l'examiner, il convient de lui faire comprendre que l'examen aura avant tout un but pédagogique. On peut par exemple poser la question suivante : « Accepteriez-vous que ces étudiants vous posent des questions sur votre maladie et/ou vous examinent afin d'en apprendre davantage sur votre état ? »

Il est important que tous les patients comprennent qu'ils sont libres de participer ou non et qu'un refus ne compromettra en rien leur prise en charge. Pour la plupart des activités, une autorisation verbale est suffisante mais, parfois, une autorisation écrite s'avère nécessaire. En cas de doute quant au type de consentement requis, les étudiants devraient se renseigner.

Il faut faire preuve d'une attention particulière lorsque l'on implique des patients dans des activités de formation car le bénéfice pour eux pourrait devenir secondaire par rapport aux besoins éducatifs des étudiants. Les soins et le traitement des patients ne devraient pas dépendre de l'implication des étudiants.

Des recommandations à l'attention des enseignants et des étudiants en santé permettent d'assurer la protection de toutes les personnes concernées. En l'absence de recommandations, il peut s'avérer judicieux de demander au corps enseignant d'élaborer

une politique sur la relation entre les étudiants et les patients qu'ils sont autorisés à traiter. Des recommandations bien conçues protègent les patients, favorisent l'utilisation de normes éthiques élevées et évitent les incompréhensions.

La plupart des établissements de formation aux professions de santé sont conscients du problème du « curriculum caché » des programmes de formation en santé. Des études ont montré que les étudiants en stage clinique se sentent contraints d'agir contrairement à l'éthique [54] et que ces situations sont difficiles à résoudre. Tous les étudiants et les stagiaires peuvent potentiellement se trouver face à ce genre de dilemme éthique. Dans les rares cas où la participation des étudiants aux soins d'un patient, à la demande d'un superviseur, est jugée contraire à l'éthique ou trompeuse pour le patient, le corps enseignant doit intervenir. Bon nombre d'étudiants peuvent ne pas se sentir suffisamment confiants pour parler de ces problèmes avec leur superviseur et, bien souvent, ils ne savent pas comment réagir. C'est pourquoi il est primordial d'aborder la question dans l'enseignement relatif à la sécurité des patients. Cette confusion des rôles peut entraîner un stress chez les étudiants et avoir un impact négatif sur leur moral et le développement de leur professionnalisme. Elle peut également mettre les patients en danger. Apprendre à exprimer ses craintes en matière de soins à risque ou contraires à l'éthique est fondamental pour la sécurité des patients et est lié à la capacité d'un système à encourager la déclaration.

Les étudiants devraient savoir qu'ils ont l'obligation légale et éthique de faire passer les intérêts du patient en premier [12]. Cela peut inclure de refuser d'obéir à une consigne ou à un ordre inapproprié. La meilleure façon de résoudre un tel conflit (ou au moins de voir la situation sous un autre angle) est que l'étudiant s'entretienne en privé avec le professionnel de santé ou le membre du personnel en charge concerné. Le patient ne devrait pas participer à cette discussion. L'étudiant devrait expliquer le(s) problème(e) et pourquoi il ne peut pas obéir à la consigne ou à l'ordre. Si le clinicien ou la personne en charge ignore les problèmes soulevés et continue de donner la même consigne à l'étudiant, le choix d'obéir ou de se retirer de la situation est laissé à la discrétion de ce dernier. S'il décide d'obéir, le consentement du patient doit être confirmé. Si le patient ne donne pas son consentement, l'étudiant ne doit pas donner suite à la consigne.

Si un patient est inconscient ou sous anesthésie et qu'un superviseur demande à un étudiant en médecine ou en soins infirmiers de l'examiner, l'étudiant devrait expliquer pourquoi il ne peut obtempérer sans que le patient ait donné son consentement au préalable. Dans ces cas, il peut être approprié de discuter de la situation avec un autre membre du corps enseignant ou de l'établissement de soins. Si les étudiants ont des doutes quant au caractère approprié du comportement d'une personne impliquée dans les soins du patient, ils doivent en discuter avec le professeur de leur choix.

Tous les étudiants qui pensent avoir été traités de façon injuste parce qu'ils ont refusé de faire quelque chose qui leur semblait inapproprié devraient demander des conseils aux superviseurs les plus hauts placés.

Reconnaître le rôle de la sécurité des patients dans la dispensation de soins sûrs

Le début des stages cliniques d'un étudiant varie selon les programmes de formation. Avant cette première expérience, les étudiants devraient s'informer sur l'offre de soins de la structure d'accueil et la procédure de déclaration des événements indésirables associés aux soins.

Poser des questions quant aux autres composantes du système de santé accessibles au patient.
La réussite des soins et du traitement d'un patient repose sur la compréhension du système de santé auquel le patient a accès. Si un patient vient d'un lieu où aucun équipement de réfrigération n'est disponible, il est inutile de le renvoyer chez lui avec de l'insuline devant être conservée au froid. Une bonne connaissance des systèmes (Module 3) aidera les étudiants à comprendre comment les différentes composantes du système de santé sont liées et pourquoi la continuité des soins dépend de la communication efficace et opportune entre toutes ces composantes. → T3

Se renseigner sur les processus mis en place pour identifier les EIAS.
La plupart des hôpitaux et des centres de soins sont dotés d'un système de déclaration dont l'objectif est d'identifier les EIAS. Il est important que les étudiants connaissent l'existence des EIAS et comprennent comment ils sont gérés par l'établissement. S'il n'existe aucune obligation de déclaration, les étudiants peuvent demander des informations en la matière aux personnes compétentes. A tout le moins, cela pourrait susciter un certain intérêt pour ce sujet. (La déclaration et la gestion des EIAS sont abordées dans les Modules 3,4 et 6). → T3 T4 T6

Stratégies et formats d'enseignement

Les données de prévalence utilisées dans ce module ont été publiées dans la littérature et concernent différents pays. Certains formateurs pourraient souhaiter expliquer le bien-fondé de la sécurité des patients à l'aide de données de prévalence issues de leur propre pays. Si ces données ne sont pas disponibles dans la littérature, il pourrait être possible de trouver certaines données pertinentes dans les bases de données gérées par les services de santé locaux. Par exemple, il existe plusieurs outils (du type des *trigger tools*) pour la mesure des

événements indésirables, disponibles gratuitement sur Internet et conçus pour aider les professionnels de santé à évaluer leurs taux d'EIAS. S'il n'existe aucune mesure générale pour une institution ou un pays donné, les formateurs peuvent chercher des données relatives à un domaine de soins, comme les taux d'infections. S'ils sont disponibles, ces taux peuvent être utilisés pour montrer l'importance de la transmission d'infections potentiellement évitables. Des articles sur les EIAS dans votre profession sont peut-être également disponibles. Ces données peuvent être utilisées dans le cadre de la formation.

Le module peut être divisé en plusieurs sections à inclure dans les curriculums existants. Il peut être enseigné en groupes de travail ou dans le cadre d'un cours magistral. Dans ce dernier cas, les diaporamas situés à la fin du module peuvent constituer des supports de présentation des informations utiles.

La Partie A du Guide pédagogique décrit un éventail de méthodes d'enseignement de la sécurité des patients, les exposés n'étant pas toujours la meilleure approche.

Discussion en petits groupes

Les formateurs peuvent utiliser n'importe quelle activité énumérée ci-dessous pour lancer une discussion sur la sécurité des patients. Il est également possible de demander à un ou plusieurs étudiants de préparer un séminaire sur la sécurité des patients en s'appuyant sur les informations contenues dans ce module. Ils pourraient ensuite mener une discussion sur les domaines couverts dans la thématique. Pour ce faire, les étudiants peuvent suivre l'ordre des titres tels qu'ils apparaissent et utiliser n'importe quelle activité énumérée ci-dessous pour présenter le document. Le tuteur animant cette session devrait également être familiarisé avec son contenu afin de pouvoir y ajouter des informations relatives au système de santé local et à l'environnement clinique.

Pour enseigner les dommages causés par les EIAS et les défaillances systémiques, vous pouvez :

- utiliser des exemples provenant des médias (journaux et télévision) ;
- utiliser des cas anonymisés issus de votre hôpital ou établissement ;
- utiliser une étude de cas pour dessiner un diagramme illustrant l'itinéraire d'un patient ;
- utiliser une étude de cas pour faire du brain-storming sur tout ce qui a mal tourné et les moments où une action précise aurait pu permettre d'éviter le résultat défavorable ;
- inviter un patient ayant été victime d'un EIAS à s'adresser aux étudiants.

Pour enseigner la différence entre les défaillances systémiques, les violations et les erreurs, vous pouvez :

- utiliser une étude de cas pour analyser les différents moyens de gérer un événement indésirable ;
- demander aux étudiants d'observer ou de participer à une Analyse des Causes Racines ;
- demander aux étudiants de décrire ce qui se passe lorsqu'on ne met pas en œuvre une approche fondée sur une équipe interdisciplinaire.

Séance interactive/didactique

Inviter un professionnel de santé expérimenté et reconnu de votre établissement ou au niveau national à parler des erreurs de soins sur le lieu de travail. Si personne n'est disponible, utiliser une vidéo d'un praticien influent et respecté traitant des erreurs et de la façon dont le système de santé y expose tous les acteurs. Des séquences vidéos de discours prononcés par des spécialistes de la sécurité des patients sont disponibles sur Internet. Écouter un discours sur les erreurs et comment elles affectent les patients et le personnel est une excellente façon d'introduire le sujet de la sécurité des patients. On peut inviter les étudiants à réagir à la présentation. L'instructeur peut ensuite passer en revue les informations contenues dans le module pour montrer aux étudiants en quoi et pourquoi la sécurité des patients est essentielle pour garantir une pratique clinique sûre.

Il est possible d'utiliser des présentations PowerPoint ou des diapositives pour rétroprojecteur. Commencez la session par l'une des études de cas et demandez aux étudiants d'identifier plusieurs problématiques présentées dans ce scénario. Utilisez les diaporamas situés à la fin de ce module pour guider la discussion.

D'autres façons de présenter les différentes sections de cette thématique sont énumérées ci-dessous.

Leçons apprises à partir des erreurs et des défaillances systémiques touchant d'autres industries

- Inviter un professionnel d'une autre discipline, comme l'ingénierie ou la psychologie, à parler des défaillances systémiques, des différentes cultures de sécurité et du rôle de la déclaration des erreurs.
- Inviter un professionnel du secteur de l'aviation à expliquer comment l'industrie gère les erreurs humaines.

Histoire de la sécurité des patients et origines de la culture de culpabilisation

- Inviter un clinicien expérimenté et respecté à parler des dommages causés par la culpabilisation et le blâme.
- inviter un responsable de la qualité et de la sécurité pour discuter des systèmes existants qui visent à minimiser les erreurs et à gérer les événements indésirables.

Exercices de simulation

Différents scénarios peuvent être imaginés concernant des EIAS et la nécessité de signaler et d'analyser les erreurs. Pour chaque scénario, demandez aux étudiants d'identifier pourquoi le système n'a pas fonctionné, comment le problème aurait pu être évité ainsi que les mesures à prendre si une erreur similaire se produit à l'avenir.

Autres activités d'enseignement et d'apprentissage

L'enseignement de la sécurité des patients peut prendre bien d'autres formes. Vous trouverez ci-dessous des exemples d'activités que les étudiants peuvent réaliser, seuls ou en binôme :

- suivre un patient dans son parcours à travers les services de soins de santé ;
- passer une journée avec un professionnel de santé d'une autre discipline et en identifier les principaux rôles et fonctions ;
- demander systématiquement aux patients leur avis sur leur maladie ou état lors de vos interactions avec eux ;
- essayer de savoir si l'école ou le service de santé est doté de processus ou d'équipes dédiés aux enquêtes sur les EIAS et à leur déclaration. Si cela s'avère possible, les étudiants peuvent demander la permission d'observer ou de participer à ces activités au superviseur compétent ;
- découvrir sir l'école organise des revues de morbidité-mortalité ou d'autres groupes d'analyse par les pairs dans lesquels les EIAS sont examinés et/ou des réunions sur l'amélioration de la qualité ;
- discuter des erreurs cliniques observées à l'aide d'une approche non culpabilisante ;
- se renseigner sur le principal protocole utilisé par le personnel du milieu clinique où ils effectuent leur stage. Les étudiants devraient demander comment ce protocole été rédigé, comment le personnel en prend connaissance, comment l'utiliser et quand s'en écarter.

Études de cas

L'histoire de Caroline figure au début du module. Ce cas illustre l'importance de la continuité des soins et la façon dont un système de soins peut très mal fonctionner.

De la naissance de son bébé à son décès 25 jours plus tard, Caroline a été hospitalisée dans 4 hôpitaux différents. Il était évident qu'une continuité appropriée des soins et dans la transmission des responsabilités entre les différentes équipes de médecins et de personnel infirmier s'imposait. L'absence de traçabilité à propos des hypothèses diagnostiques, des diagnostics différentiels et des examens, des comptes rendus d'hospitalisation et des lettres de sortie a retardé le diagnostic d'un abcès menaçant le pronostic vital de Caroline et provoqué sa mort.

Demandez aux étudiants de lire le cas de Caroline et d'identifier certains des facteurs sous-jacents présents pendant ses soins et son traitement.

Un étudiant en soins dentaires sous pression

Ce cas illustre la façon dont une série d'événements peut causer des dommages imprévus. Ici, le nombre d'amalgames, la proximité des caries avec la pulpe et les nombreuses occasions manquées par le personnel de santé de vérifier la pression artérielle du patient ont tous contribué à l'EIAS.

Peter, un homme âgé de 63 ans ayant des antécédents d'hypertension artérielle et d'angor, avait pris rendez-vous pour se faire poser plusieurs amalgames. Le matin de son rendez-vous au cabinet dentaire, il a pris, comme d'habitude, ses médicaments antihypertenseurs et anticoagulants.

Au cabinet, l'étudiant a salué Peter et commencé à préparer les amalgames. Il a demandé à son superviseur l'autorisation de pratiquer une anesthésie dentaire sur Peter mais n'a pas vérifié les constantes vitales du patient avant de lui administrer le produit anesthésiant. Il lui a administré deux capsules de lidocaïne à 2 % avec 1/100 000 d'adrénaline et a commencé à éliminer les caries présentes sur deux dents de l'arcade supérieure. Sur une de ces dents, les caries se sont révélées très proches de la pulpe. Une troisième capsule a été administrée au patient avant le déjeuner.

Peter est revenu dans l'après-midi pour continuer les soins. L'étudiant a demandé à son superviseur l'autorisation d'administrer une anesthésie mandibulaire et a, encore une fois, oublié de vérifier les constantes vitales du patient. En tout, ce dernier a reçu cinq capsules de produit anesthésiant (d'1,8 ml chacune), soit un total de 180 mg de lidocaïne et 0,09 mg d'adrénaline en six heures. A 15 heures, Peter a commencé à se sentir mal ; il était rouge et transpirait. Sa tension artérielle était de 240/140 et son pouls à 88. L'étudiant en a informé son superviseur et ils ont appelé une ambulance. Les ambulanciers sont arrivés et Peter a été conduit au service d'urgence de l'hôpital le plus proche pour traiter son hypertension.

Questions

– Quels facteurs pourraient expliquer pourquoi l'étudiant en soins dentaires n'a, à aucun moment de la journée, vérifié les paramètres vitaux de Peter ?

– L'étudiant a-t-il communiqué au superviseur les antécédents médicaux de Peter ? Était-il devenu habituel de ne pas vérifier les paramètres vitaux dans ce cabinet ?

– Quels systèmes pourraient être mis en place pour empêcher que ce type d'EIAS ne se reproduise à l'avenir ?

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

La sécurité des patients en obstétrique
Ce cas traite des réalités de la pratique et de ce qui se passe lorsque l'on ne tient pas compte de résultats importants.

Mary était enceinte de 26 semaines et venait de commencer les cours de préparation à la naissance. Elle prenait une supplémentation en fer pour une anémie légère responsable d'une constipation occasionnelle. Mary avait donc modifié son régime alimentaire. Elle a également eu plusieurs infections vaginales pendant sa grossesse, mais sans gravité.

Au début de sa 27è semaine de grossesse, les crampes abdominales de Mary se sont aggravées. Elle a donc appelé sa sage-femme. Cette dernière a réalisé un examen gynécologique et diagnostiqué un col de consistance moyenne, en position moyenne, fermé et long d'1 cm. Elle a demandé à Mary depuis combien de temps duraient les crampes et n'a posé aucune autre question. Elle a posé un diagnostic et dit à Mary qu'il s'agissait de contractions de Braxton-Hicks. La sage-femme lui a donné un autre rendez-vous deux jours plus tard.

Lors de cette deuxième visite, Mary a déclaré que les crampes abdominales avaient cessé mais qu'elle avait eu des saignements et qu'elle se sentait très fatiguée. La sage-femme a dit à Mary qu'il est normal de saigner légèrement après un toucher vaginal et qu'elle devait se reposer davantage.

Quatre jours après cette visite, Mary a remarqué une augmentation des sécrétions vaginales. Elle avait des crampes sporadiques et a donc à nouveau appelé sa sage-femme au téléphone. Cette dernière a encore rassuré Mary en lui expliquant que les crampes étaient dues à la constipation et que des sécrétions vaginales plus abondantes sont normales pendant la grossesse. Quelques heures plus tard, Mary avait des contractions utérines plus fortes et plus régulières. En travail, elle a été transportée à la maternité et a accouché d'une petite fille prématurée.

Douze heures après la naissance, une pneumonie était diagnostiquée chez la petite fille. Il s'agissait d'une infection à *Streptococcus agalactiae* (streptocoque *du groupe B*), confirmée grâce aux frottis vaginaux effectués avant la naissance, lorsque Mary est arrivée à la maternité.

Questions
– Quels facteurs pourraient avoir conduit la sage-femme à maintenir son diagnostic initial ?

– Quels étaient les facteurs systémiques sous-jacents susceptibles d'être associés à l'accouchement prématuré d'un bébé présentant une pneumonie ?

Source : Cas fourni par Teja Zaksek, maître de conférence et directrice du département de formation des sages-femmes, faculté de médecine de l'Université de Ljubljana, Slovénie.

Outils et ressources documentaires

Finkelman A, Kenner C. *Teaching IOM: implementing Institute of Medicine reports in nursing education*, 2nd ed. Silver Spring, MD, American Nurses Association, 2009.

Reason JT. *L'erreur humaine*. Paris, Presse des Mines, Collection Économie et gestion, 2013.

Reason JT. *Managing the risks of organizational accidents*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.

Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: A guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

Vincent C. *Patient safety*. Edinburgh, Elsevier Churchill Livingstone, 2006.

Emanuel L *et al.* What exactly is patient safety? In: Henriksen K, Battles JB, Keyes M A, Grady ML, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008:19-35.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999 http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1579 ; consulté le 21 février 2011).

Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 2001.

Évaluation des connaissances de ce module

Différentes méthodes sont adaptées pour ce module, notamment les dissertations, les QCM, les questions à réponse courte, les discussions de cas et l'auto-évaluation. Des registres et des journaux peuvent également être utilisés. Encouragez les étudiants à mettre au point une approche centrée sur le portfolio pour leur apprentissage en matière de sécurité des patients. En suivant cette approche, les étudiants disposent en fin de formation d'une collection de toutes les activités réalisées dans le domaine de la sécurité des patients qu'ils peuvent mettre en avant dans leur curriculum vitæ et utiliser au cours de leur future carrière.

Les connaissances des dommages potentiels aux patients, les leçons apprises des autres industries, les violations et l'approche non culpabilisante ainsi que les modèles de réflexion sur la sécurité des patients peuvent être évalués à l'aide des méthodes ci-dessous :
- portfolio ;
- discussions de cas ;
- station d'examen clinique objectif structuré (ECOS)
- observations écrites à propos du système de santé et du risque d'erreur (en général).

Il est également possible de demander aux étudiants de rédiger des dissertations sur différents thèmes, par exemple ;

- les effets des EIAS sur la confiance des patients dans le système de santé ;
- la réaction de la collectivité aux histoires relayées dans les médias sur les dommages causés aux patients et les cas de négligence ;
- le rôle des professionnels de santé dans l'encadrement des étudiants et le rôle des patients dans le système de santé.

Il peut s'agir d'une évaluation en cours d'apprentissage ou d'une évaluation-bilan ; le système de notation peut reposer sur les appréciations satisfaisant/insatisfaisant, ou sur des notes. Veuillez vous reporter à la section du Guide du formateur (Partie A) qui traite les types d'évaluation adaptés aux thématiques de formation sur la sécurité des patients. Des exemples de certaines des méthodes d'évaluation qui y sont décrites sont également fournis dans l'Annexe 2 de la Partie B.

Évaluation de l'enseignement de ce module

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

Références

1. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, *The burden of Health care-associated infection,* 2009; 6-7.
2. World Health Organization Fact sheet N°275: *Substandard and counterfeit medicines*, 2003.
3. Issakov A, *Health care equipment: a WHO perspective.* In van Grutting CWG ed. Medical devices: International perspectives on health and safety. Elsevier, 1994.
4. Schultz DS, Rafferty MP, *Soviet health care and Perestroika,* American journal of Public Health, 1990, Feb; 80(2):193-197.
5. Steel K, Gertman PM, Crescenzi C, Anderson J. Iatrogenic illness on a general medical practice service at a university hospital. *New England Journal of Medicine*, 1981, 304:638–642.
6. Schimmel E. The hazards of hospitalization. *Annals of Internal Medicine*, 1964, 60:10–110.
7. United States Congress House Sub-Committee |on Oversight and Investigation. *Cost and quality of health care: unnecessary surgery*. Washington, DC, United States Government Printing Office, 1976.
8. Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy – the price we pay. *Journal of American Medical Association*, 1956, 159:1452–1456.
9. Couch NP *et al.* The high cost of low-frequency events: the anatomy and economics of surgical mishaps. *New England Journal of Medicine*, 1981, 304:634–637.
10. Friedman M. Iatrogenic disease: Addressing a growing epidemic. *Postgraduate Medicine*, 1982, 71:123–129.
11. Dubois R, Brook R. Preventable deaths: who, how often, and why? *Annals of Internal Medicine*, 1988, 109:582–589.
12. McLamb J, Huntley R. The hazards of hospitalization. *Southern Medical Association Journal*, 1967, 60:469–472.
13. Bedell S et al. Incidence and characteristics of preventable iatrogenic cardiac arrests. *Journal of the American Medical Association*, 1991:2652815 2820.
14. Leape L *et al.* Preventing medical injury. *Quality Review Bulletin*, 1993, 8:144–149.
15. Bates DW et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:29–34.
16. Weingart SN *et al.* Epidemiology of medical error. *British Medical Journal*, 2000, 320:774–777.
17. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
18. Expert group on learning from adverse events in the NHS. *An organisation with a memory*. London, Department of Health, London, United Kingdom, 2000.
19. Organisation mondiale de la Santé, Conseil exécutif cent neuvième session, point 3.4 de l'ordre du jour provisoire. 5 décembre 2001, EB 109/9.
20. Davis P *et al. Adverse events in New Zealand public hospitals: principal findings from a national survey*. Occasional Paper 3. Wellington, New Zealand Ministry of Health, 2001.
21. Brennan TA *et al.* Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324:270–276.
22. Wilson RM *et al.* The Quality in Australian Health Care Study. *Medical Journal of Australia*, 1995, 163:458–471.
23. Baker GR *et al.* The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 2004, 170:1678–1686.
24. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. London, Ashgate Publishers Ltd, 2007.
25. Andrews LB *et al.* An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet*, 1997, 349:309–313.
26. Runciman W. *Iatrogenic injury in Australia: a report prepared by the Australian Patient Safety Foundation*. Adelaide, Australian Patient Safety Foundation, 2001 (http://www.apsf.net.au/; consulté le 23 février 2011).

27. Eisenberg JM. *Statement on medical errors.* Before the Senate Appropriations Subcommittee on Labor, Health and Human Services and Education. Washington, DC, 13 December, 1999.
28. Thomas E, Brennan T. Errors and adverse events in medicine: an overview. Dans : Vincent C, ed. *Clinical risk management: enhancing patient safety*. London, BMJ Books, 2002.
29. Haywood R, Hofer T. Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286:415–420.
30. Thomas E, Studdert D, Brennan T. The reliability of medical record review for estimating adverse event rates. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:812–816.
31. McDonald C, Weiner M, Sui H. Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine report. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 248:93–95.
32. Turner BA. The organizational and inter organisational development of disasters. *Administrative Science Quarterly*, 1976, 21:378–397.
33. Turner BA. *Man-made disasters* London, Wykeham Science Press, 1978.
34. Reason J. The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B Biological Sciences,* 1990, 327:475–484.
35. Reason JT. *L'erreur humaine*. Paris, Presse des Mines, Collection Économie et gestion, 2013.
36. Pidgen N. *Safety culture: transferring theory and evidence from major hazards industries*. Department of Transport Behavioural Research in Road Safety, 10th Seminar, London, 2001.
37. Agence internationale de l'énergie atomique. *L'Accident de Tchernobyl : Mise a jour de INSAG-1* : INSAG-7. Rapport du groupe consultatif international pour la sûreté nucléaire, 1996
38. Vaughan D. *The Challenger launch decision: risky technology, culture and deviance at NASA*. Chicago, University of Chicago Press, 1996.
39. Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal,* 2000, 320:768–770.
40. Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.
41. Coombes ID *et al.* Why do interns make prescribing errors? A qualitative study. *Medical Journal of Australia*, 2008, 188:89–94.
42. Gault WG. *Experimental exploration of implicit blame attribution in the NHS*. Edinburgh, Grampian University Hospitals NHS Trust, 2004.
43. Millenson ML. Quality and Safety in Health Care, 2002, 11:206207.
44. Gault W. Blame to aim, risk management in the NHS. *Risk Management Bulletin*, 2002, 7:6–11.
45. Berwick D M. Improvement, trust and the health care workforce. *Quality and Safety in Health Care*, 2003, 12 (Suppl. 1):i2i6.
46. Walton M. Creating a 'no blame' culture: Have we got the balance right? *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:163–164.
47. Maurino DE, Reason J, Johnson N, Lee RB. *Beyond aviation human factors* Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1995.
48. Perrow C. *Normal accidents: living with high-technologies*, 2nd ed. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1999.
49. Douglas M. *Risk and blame: essays in cultural theory*. London, Routledge, 1992.
50. Helmreich RL, Merritt AC. *Culture at work in aviation and medicine*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing, 1998.
51. Strauch B. Normal accidents–yesterday and today. In: Hohnson CW, ed. *Investigating and reporting of accidents*. Washington, DC, National Transportation Safety Board, 2002.
52. Emanuel L *et al.* What exactly is patient safety? In: Henriksen K, Battles J B, Keyes M A, Grady ML, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008:19-35.
53. Vincent C. *Patient safety*, 2nd ed. London, Blackwell, 2010.
54. Hicks LK *et al.* Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: Questionnaire survey and focus group study. *British Medical Journal*, 2001, 322:709–710.

Diaporamas pour le Module 1 : Qu'est-ce que la sécurité des patients ?

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

Les diaporamas du Module 1 ont pour objectif d'aider le formateur à en transmettre le contenu. Ils peuvent être modifiés et adaptés à la culture et au contexte locaux. Les formateurs peuvent choisir de ne pas utiliser toutes les diapositives. Il est d'ailleurs préférable d'adapter ces dernières aux contenus couverts lors de la session de formation.

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

Module 2

Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients

L'écarteur égaré

Les antécédents médicaux de Suzanne incluent quatre césariennes pratiquées sur une période de 10 ans. Les deuxième et troisième interventions ont eu lieu à l'hôpital B et la quatrième à l'hôpital C. Deux mois après sa quatrième césarienne, Suzanne s'est rendue à l'hôpital C pour une douleur anale sévère.

Un médecin a pratiqué une dilatation anale sous anesthésie générale et retiré du rectum un écarteur chirurgical aux extrémités incurvées de 15 cm de long par deux cm de large. Il s'agissait d'un type d'écarteur couramment utilisé dans cette zone et les initiales gravées dessus indiquaient qu'il provenait de l'hôpital B. Le médecin a alors supposé que l'écarteur avait été oublié à l'intérieur de Suzanne après l'une de ses césariennes et qu'il était progressivement descendu jusqu'au rectum par le péritoine.

Au cours de la quatrième césarienne, le chirurgien avait remarqué la présence d'adhérences marquées, ou cicatrices, sur le péritoine alors qu'aucune cicatrice n'avait été observée par le médecin ayant pratiqué la troisième césarienne deux ans plus tôt. Si l'on ignore ce qu'il s'est passé exactement, il semble probable que l'instrument ait été laissé à l'intérieur de la patiente lors de sa troisième césarienne, où il serait resté pendant plus de deux ans.

Source : *Health Care Complaints Commission Annual Report 1999–2000*, New South Wales Government (Australia), 2001:58.

Introduction–Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante

L'étude des facteurs humain porte sur les relations entre les individus et les systèmes avec lesquels ils interagissent [1] en se concentrant sur l'amélioration de l'efficacité, de la créativité, de la productivité et de la satisfaction au travail en vue de minimiser les erreurs. Une mauvaise application des principes relatifs aux facteurs humains constitue l'un des aspects majeurs de la plupart des événements indésirables (dommages aux patients) en matière de soins. Par conséquent, tous les professionnels de santé ont besoin de posséder les bases nécessaires à la compréhension des principes relatifs aux facteurs humains. Des professionnels de santé qui ne connaissent pas les bases des facteurs humains seraient comme des spécialistes de la lutte contre les infections qui ne connaîtraient pas la microbiologie.

Mots-clés
Facteurs humains, ergonomie, systèmes, performances humaines

Objectifs d'apprentissage

Les étudiants devront comprendre la relation existant entre les facteurs humains et la sécurité des patients et appliquer ces connaissances au milieu clinique/ professionnel.

Acquis de l'apprentissage : connaissances théoriques et pratiques

Connaissances théoriques

Les étudiants ont besoin de connaître la signification du terme *facteurs humains* et comprendre les liens qui existent entre ces facteurs et la sécurité des patients.

Aptitudes requises

Les étudiants doivent appliquer leurs connaissances des facteurs humains à leur environnement de travail.

L'Encadré B.2.1 ci-dessous, publié par l'Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (la commission australienne sur la sécurité et la qualité des soins de santé), répond à certaines des questions fondamentales concernant les facteurs humains et leur relation aux soins de santé.

Encadré B.2.1. Questions fondamentales concernant les facteurs humains dans les soins de santé

Les facteurs humains dans les soins de santé

Q. Qu'entend-on par « facteurs humains » ?
R. Les facteurs humains s'appliquent partout où travaillent des professionnels. Ils tiennent compte du fait que la faillibilité humaine est une donnée universelle. L'approche classique de l'erreur humaine, que l'on pourrait appeler le modèle de « l'excellence », considère que si les professionnels sont consciencieux, travaillent suffisamment et sont bien formés, alors les erreurs seront évitées. D'après notre expérience, et celle des experts internationaux, cette attitude est contre-productive et inefficace.

Q. Qu'implique l'étude des facteurs humains ?
L'étude des facteurs humains est une discipline qui vise à optimiser les relations entre la technologie et les individus en utilisant des informations relatives aux comportements, capacités, limites et d'autres caractéristiques individuelles pour concevoir les outils, machines, systèmes, tâches, postes et environnements professionnels en vue de leur utilisation efficace, productive, sûre et commode par les professionnels.

Q. Pourquoi les facteurs humains sont-ils importants en santé ?
R. Les facteurs humains contribuent largement aux événements indésirables associés aux soins (EIAS). Dans le domaine de la santé, ainsi que dans d'autres industries à haut risque, telle que l'aviation, les facteurs humains peuvent avoir des conséquences graves voire parfois fatales. Il est toutefois possible de rendre les systèmes de soins de santé plus sûrs en admettant que le risque d'erreur existe et en développant des systèmes et des stratégies qui, à partir de l'analyse des erreurs, permettent d'apprendre comment en limiter la survenue et les conséquences.

Q. Est-il possible de gérer les facteurs humains ?
R. Oui. La gestion des facteurs humains passe par l'application de techniques proactives visant à réduire les risques d'erreurs ou de presque- accidents et à en tirer les enseignements qui s'imposent. Une culture du travail qui encourage la déclaration des EIAS et des presque- accidents permet l'amélioration du système de soins et de la sécurité des patients.

L'aviation est un bon exemple d'activité industrielle qui s'est saisie de l'étude des facteurs humains pour améliorer la sécurité. Depuis le milieu des années 1980, elle reconnaît le caractère inévitable de la faillibilité humaine. Ainsi, au lieu d'exiger la perfection constante, qui n'est pas atteignable, et de sanctionner publiquement les erreurs, elle a mis au point des systèmes dont l'objectif est de réduire l'impact de l'erreur humaine. Le bilan de l'aviation en matière de sécurité témoigne de l'efficacité de cette approche. Malgré 10 millions de décollages et d'atterrissages en moyenne chaque année, on a dénombré, dans l'aviation commerciale, moins de 10 crashs annuels dans le monde depuis 1965, nombre d'entre eux étant survenus dans des pays en développement.

Source : *Human factors in health care*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2006 (http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C5001E5610/$File/humanfact.pdf; consulté le 21 février 2011).

Facteurs humains et ergonomie

Les termes *facteurs humains* et *ergonomie* sont utilisés pour décrire les interactions entre les personnes qui travaillent, les tâches à effectuer et le lieu de travail lui-même. Ces termes sont interchangeables.

L'étude des facteurs humains est une science établie qui emprunte à de nombreuses disciplines (telles que l'anatomie, la physiologie, la physique et la biomécanique) pour comprendre les performances humaines dans différentes circonstances. Nous définissons les facteurs humains comme *l'étude de tous les facteurs qui facilitent la réalisation du travail de façon appropriée.*

Une autre définition possible est l'étude des relations entre les personnes, les outils et le matériel qu'elles utilisent sur leur lieu de travail et l'environnement au sein duquel elles travaillent [1].

Application des connaissances relatives aux facteurs humains

Les connaissances relatives aux facteurs humains peuvent être appliquées sur n'importe quel lieu de travail. En matière de soins, connaître les effets des facteurs humains peut nous aider à mettre au point des processus qui permettent aux professionnels de santé de faire correctement leur travail. L'attention portée aux principes relatifs aux facteurs humains est très importante pour la sécurité des patients car les fondamentaux des sciences de la sécurité font partie intégrante de la discipline de l'ingénierie des facteurs humains. Les principes relatifs aux facteurs humains peuvent nous aider à garantir l'utilisation de pratiques de prescription et de dispensation sûres, une bonne communication au sein des équipes et le partage efficace des informations avec les autres professionnels de santé et les patients. En raison de la complexité accrue des systèmes de santé, ces tâches, auparavant considérées comme basiques, sont devenues relativement compliquées. La part la plus importante des soins de santé dépend des professionnels qui les dispensent. Les experts en facteurs humains pensent que les erreurs peuvent être réduites en concentrant les efforts sur les professionnels de santé et en étudiant la façon dont ils interagissent avec et au sein de leurs environnements. L'application des principes relatifs aux facteurs humains peut faciliter la prise en charge des patients par les professionnels du soin.

Ces principes peuvent être appliqués dans n'importe quel environnement. Depuis de nombreuses années, des secteurs d'activité tels que l'aviation, l'industrie manufacturière et l'armée mettent à profit leur connaissance des facteurs humains pour améliorer les systèmes et les services [2].

Les leçons et les exemples des autres secteurs montrent qu'en appliquant les principes relatifs aux facteurs humains, nous pouvons améliorer les processus de travail en matière de soins. Par exemple, les défauts de communication entre les personnes au sein du système, et dans leurs actions, sont l'une des causes sous-jacentes à de nombreux EIAS. Bon nombre de personnes pensent que les difficultés de communication entre les membres des équipes soignantes s'expliquent par les nombreuses tâches que chaque membre doit effectuer en même temps. Les recherches en matière d'ingénierie des facteurs humains montrent que l'important n'est pas le nombre de tâches à accomplir mais leur nature. Dans le cadre d'une intervention simple, un professionnel de santé peut être capable d'expliquer les différentes étapes à un étudiant tout en se concentrant sur procédure à réaliser. Cela pourrait lui être impossible dans un cas complexe. Comprendre ce que sont les facteurs humains et adhérer aux principes qui leurs sont associés sont des éléments fondamentaux de la sécurité des patients [3].

Les experts en facteurs humains s'efforcent de permettre au plus grand nombre de professionnels de santé de faire leur travail de leur mieux quand ils soignent les patients. C'est important car lle but d'une organisation qui prend bien en compte les facteurs humains est de répondre aux besoins de toutes les personnes qui utilisent le système et interagissent avec lui. Cela signifie que la conception des systèmes ne doit pas être envisagée uniquement du point de vue des patients vulnérables, des familles angoissées et de cliniciens calmes, reposés et expérimentés, mais également des professionnels de santé inexpérimentés susceptibles d'être stressés, fatigués et pressés.

Les experts en facteurs humains s'appuient sur des recommandations fondées sur des preuves et des principes pour concevoir des moyens de faciliter la réalisation sûre et efficace de tâches telles que : i) la prescription et la dispensation de médicaments ; ii) la transmission des informations lors des changements d'équipe ; iii) les déplacements et les transferts des patients ; iv) la prescription électronique de médicaments et la transmission informatique des autres consignes ; et v) la préparation des médicaments. Si ces tâches sont simplifiées, les professionnels de santé seront à même de dispenser des soins plus sûrs. Ces tâches requièrent des choix de conception d'ordre logiciel (systèmes et programmes de saisie de commandes informatiques pour la dispensation), et matériel (pompes à perfusion), mais aussi des outils (scalpels, seringues, lits) et la configuration physique appropriée des zones de travail, notamment un éclairage adapté. La révolution technologique survenue dans les activités de soins a accru la part liée aux facteurs humains dans les erreurs car le risque de dommage est élevé quand les technologies et les dispositifs médicaux sont mal utilisés [3]. La connaissance des facteurs humains permet également de mieux comprendre l'impact de la fatigue sur les personnes. Des professionnels de santé fatigués sont plus enclins aux trous de mémoires et aux erreurs car la fatigue altère les performances et entraîne sautes d'humeur, anxiété, colère et dépression [4, 5]. Si un(e) infirmier(ère) doit assurer une garde supplémentaire en raison d'une pénurie de personnel, on peut s'attendre à ce qu'il/elle soit en manque de sommeil et davantage susceptible de faire des erreurs.

Dans son acception la plus large, l'étude des facteurs humains comprend les interactions entre les personnes et les machines (y compris la conception du matériel) et les interactions interpersonnelles telles que la communication, le travail en équipe et la culture organisationnelle. L'ingénierie des facteurs humains vise à identifier et promouvoir la meilleure articulation entre les personnes et l'environnement au sein duquel elles vivent et travaillent, en particulier en ce qui concerne la technologie et les caractéristiques de l'organisation physique de leur environnement de travail.

Ce domaine reconnaît que le lieu de travail doit être conçu et organisé de façon à réduire la probabilité de survenue des erreurs ainsi que l'impact de ces dernières lorsqu'elles ont effectivement lieu. Nous ne pouvons pas supprimer la faillibilité humaine mais nous pouvons agir en vue d'en atténuer et d'en limiter les risques.

Il convient de remarquer que l'étude des facteurs humains n'est pas aussi *directement* liée aux personnes que son nom pourrait le suggérer. Il s'agit plutôt de comprendre les limites humaines et de concevoir les lieux de travail et le matériel que nous utilisons en tenant compte de la variabilité des professionnels et de leurs activités.

Il est important de savoir comment la fatigue, le stress, l'insuffisance de la communication, les interruptions de tâche ainsi que les connaissances et les pratiques inadéquates affectent les professionnels car cela nous aide à comprendre les facteurs favorisants susceptibles d'être associées aux EIAS et aux erreurs. La façon dont les personnes traitent les informations constitue le fondement de l'étude des facteurs humains. Nous acquerrons des informations du monde qui nous entoure puis nous les interprétons, nous leur donnons un sens et nous y répondons. Des erreurs peuvent survenir à chaque étape de ce processus (voir Module 5). → M5

Les êtres humains ne sont pas des machines. Lorsqu'elles sont correctement entretenues, les machines sont, dans l'ensemble, prévisibles et fiables. En réalité, comparés aux machines, nous sommes imprévisibles et peu fiables et, en raison des capacités de notre mémoire de travail, notre aptitude à gérer les informations est limitée. Les hommes sont néanmoins très créatifs, imaginatifs, flexibles dans leur façon de penser et ils ont une bonne connaissance d'eux-mêmes [6].

Ils sont aussi facilement distraits, ce qui est à la fois une force et une faiblesse. Notre capacité à nous laisser distraire nous permet de remarquer les événements anormaux. Nous savons reconnaître et faire face aux situations rapidement et nous adapter à la nouvelle situation et à la nouvelle information. Cependant, cette même capacité de distraction nous prédispose également aux erreurs. En effet, lorsque nous sommes distraits, nous risquons de ne pas être attentifs aux aspects les plus importants d'une tâche ou d'une situation. Prenons l'exemple d'un étudiant en médecine ou en soins infirmiers qui effectue une prise de sang sur un patient. Alors que l'étudiant en question est en train de donner suite au prélèvement, un patient dans un lit voisin appelle. L'étudiant s'arrête, se rend auprès du patient pour l'aider et oublie que les tubes de sang ne sont pas étiquetés. Imaginons également un pharmacien en train de noter une prescription par téléphone être interrompu par un de ses collègues qui lui pose une question. Dans ce cas, du fait de la distraction, le pharmacien n'entendra peut-être pas bien la personne au téléphone ou ne vérifiera pas le médicament ou la posologie.

Notre cerveau peut également nous jouer des tours en appréciant mal la situation et, partant, en contribuant à la survenue d'erreurs.

Une mauvaise appréciation de la situation constitue, quelles que soient les bonnes intentions, l'une des principales raisons pour lesquelles nos décisions et nos actions peuvent être entachées d'erreur et conduire à des erreurs « bêtes », indépendamment du niveau d'expérience, de l'intelligence, de la motivation ou de la vigilance. Dans un environnement de soins, nous décrivons ces situations comme des erreurs, et ces erreurs peuvent avoir des conséquences pour les patients.

Ces considérations sont importantes car elles nous rappellent que faire des erreurs n'est pas tant *mauvais* qu'inévitable. Plus simplement, l'erreur est le revers de l'intelligence humaine. James Reason [6] décrit *l'erreur* comme un cas où une action planifiée ne parvient pas à atteindre l'objectif désiré ou comme un écart entre ce qui a été fait et ce qu'il aurait fallu faire.

Relation entre facteurs humains et sécurité des patients

Il est important que tous les professionnels de santé aient à l'esprit les situations qui augmentent la probabilité d'erreurs d'origine humaine [7], et plus particulièrement les étudiants et les autres membres du personnel inexpérimentés.

Un certain nombre de facteurs individuels affectent les performances humaines, prédisposant ainsi une personne à l'erreur. La fatigue et le stress constituent deux des facteurs ayant le plus grand impact. Il existe des données scientifiques solides qui associent la baisse des performances à la fatigue. C'est pourquoi cette dernière est un facteur de risque reconnu en matière de sécurité des patients [8]. Il a été prouvé qu'une durée du temps de travail prolongée se traduit par la même détérioration des performances qu'une alcoolémie à 0,05 mmol/l, soit une valeur supérieure au taux légal pour conduire dans de nombreux pays [9].

La recherche a également confirmé la relation existant entre le stress et les performances. Chacun d'entre nous a déjà ressenti des niveaux élevés de stress. Cependant, il est aussi important d'avoir conscience que des bas niveaux de stress sont également contre-productifs car ils peuvent conduire à l'ennui et à l'incapacité à faire preuve de la vigilance nécessaire pour effectuer une tâche.

Dans le secteur de l'aviation, les pilotes doivent utiliser un certain nombre de check-lists personnelles pour suivre leurs performances. Il –s'agit d'une approche que les professionnels de santé pourraient facilement adopter. Tous les professionnels de santé devraient envisager de mettre en œuvre une série de stratégies personnelles de réduction des erreurs afin de garantir des performances optimales dans leur travail.

L'acronyme anglais IM SAFE (illness, medication, stress, alcohol, fatigue, emotion, que l'on pourrait transposer en français en « indisposition», « médicament », « stress », « alcool », « fatigue » et « émotion »), imaginé par l'industrie aéronautique, est une technique d'auto-évaluation utile pour déterminer si une personne est en état de travailler lorsqu'elle arrive chaque jour sur son lieu de travail. (Cet outil est abordé plus en détail dans le Module 5.) → M5

31

Mettre en pratique les connaissances relatives aux facteurs humains

32

Il existe plusieurs façons dont les étudiants peuvent mettre en pratiques leurs connaissances des facteurs humains lors de la prise en charge des patients.

Appliquer les principes relatifs aux facteurs humains à l'environnement de travail [10]
Les étudiants peuvent appliquer les principes relatifs aux facteurs humains dès qu'ils entrent dans un environnement d'enseignement clinique. En outre, les conseils ci-dessous sont connus pour limiter le risque d'erreur humaine.

Éviter de compter sur sa mémoire
Pour réussir leurs examens, les étudiants doivent retenir un très grand nombre de faits et d'informations. Compter sur sa mémoire est utile pour les examens mais peut s'avérer dangereux pour la prise en charge des patients, en particulier lorsque cela peut se traduire par l'administration du mauvais médicament ou une posologie erronée. Les étudiants devraient avoir recours à des images et des diagrammes illustrant les étapes d'un traitement ou d'une intervention. Contrôler ses actions par rapport à une image ou un diagramme peut réduire la charge de la mémoire de travail et permettre ainsi à l'étudiant de se concentrer sur la tâche à effectuer telle que l'anamnèse ou l'administration du médicament approprié.

Les protocoles sont donc très importants dans les soins car ils réduisent la dépendance à la mémoire. En revanche, il est inutile de multiplier les protocoles, surtout s'ils ne sont pas mis à jour en temps opportun ni fondés sur les preuves. Les étudiants devraient se renseigner sur les principaux protocoles utilisés dans le contexte où ils travaillent afin de se les approprier. Il convient de vérifier à quand remonte la dernière révision d'un protocole. En savoir plus sur les modalités de mise à jour des protocoles contribue à cette évidence qu'un protocole efficace est un protocole vivant.

Faire appel au visuel
Les étudiants remarqueront que de nombreux services et cliniques disposent du matériel nécessaire pour diagnostiquer, traiter et suivre les patients (par ex. : appareils à rayons X, pompes à perfusion, scalpels électriques, canules nasales à oxygène). Bon nombre d'entre eux seront amenés à utiliser ce matériel. Là encore, l'utilisation d'images et de notices concernant la marche à suivre pour mettre en marche et arrêter ces appareils et lire les écrans aidera les étudiants à acquérir les compétences requises. Les illustrations graphiques sur l'hygiène des mains destinées au personnel et aux patients est un autre bon exemple d'aide-mémoire visuel.

Revoir et simplifier les processus
La simplicité est la clé. Cette affirmation s'applique à tous les domaines de la vie, notamment aux soins. Dans ce secteur, certaines tâches sont devenues si compliquées qu'elles constituent de véritables nids à erreurs. C'est le cas, par exemple, des changements d'équipe et les formalités de sortie. Simplifier les changements d'équipe en mettant en œuvre des stratégies de communication orientées, moins nombreuses et qui impliquent le patient permettra de réduire les erreurs. Les étudiants peuvent aider à simplifier les processus de communication en répétant les instructions qu'ils ont reçues et en s'assurant de bien comprendre tous les protocoles instaurés. S'il n'existe pas de protocole pour les changements d'équipe, les étudiants peuvent demander aux professionnels comment ils garantissent que les informations qu'ils essaient de transmettre sont reçues et comprises, d'une part, et comment ils s'assurent que le patient a été traité correctement et que lui ou son soignant a reçu, en temps opportun, les bonnes informations, d'autre part.

Afin de simplifier les processus, on peut également : i) limiter la gamme de médicaments disponibles pour prescription ; ii) limiter le nombre de posologies/formes galéniques différentes pour les médicaments disponibles ; et iii) mettre à jour les stocks des médicaments fréquemment administrés.

Standardiser les procédures et les processus habituels
Même les étudiants qui ne travaillent que dans un seul établissement remarquent que chaque service ou unité médicale a sa propre façon de faire. Ainsi, lorsqu'ils changent de zone de travail, ils doivent réapprendre. Les établissements de soins qui ont standardisé leurs façons de faire (le cas échéant) facilitent le travail du personnel qui a moins besoin de faire appel à sa mémoire. Par ailleurs, cela permet également au personnel d'améliorer son efficacité et de lui faire gagner du temps. Les formulaires de sortie, les conventions en matière de prescription et les types de matériel peuvent être standardisés au sein d'un hôpital, d'une région voire même d'un pays.

Utiliser systématiquement des check-lists
L'utilisation de check-lists a été mise en place avec succès dans de nombreuses activités humaines : réviser des examens, voyager et faire les courses. Suite à la publication récente, dans le *New England Journal of Medicine*, des résultats d'une étude commandée par l'OMS sur l'utilisation d'une liste de contrôle pour la sécurité chirurgicale [11], les check-lists sont devenues monnaie courante dans bon nombre d'activités de soins de santé. Les étudiants devraient prendre l'habitude de les utiliser dans leur pratique, en particulier quand il y a elles comportent une méthode pour choisir et administrer le traitement fondée sur des preuves.

Réduire sa confiance dans sa propre vigilance
Pendant les périodes de calme, les êtres humains ont vite tendance à s'ennuyer et à se laisser distraire. Les étudiants doivent être conscients du risque d'erreur associé aux activités répétitives de longue durée. Dans ces cas, la plupart d'entre nous relâchent leur attention vis-à-vis de la tâche à effectuer, en particulier si la fatigue s'installe. A un moment donné, nos efforts pour rester concentrés finiront par échouer.

Résumé

En résumé, les enseignements tirés de l'étude des facteurs humains dans d'autres secteurs d'activité peuvent être appliqués à la sécurité des patients dans tous les environnements de soins de santé. Cela inclut la compréhension des interactions et des relations entre les individus et les outils et machines qu'ils utilisent. Pour comprendre comment l'application des principes relatifs aux facteurs humains peut améliorer les soins, il est fondamental de reconnaître le caractère inévitable des erreurs et d'appréhender l'éventail des capacités et des réactions humaines dans une situation donnée.

Stratégies et formats d'enseignement

Il est probable que bon nombre d'étudiants ne connaissent pas du tout ce module. Il serait donc judicieux de l'aborder séparément. Pour enseigner ce module en milieu clinique, il convient de faire preuve d'imagination et de créativité. En outre, il se prête davantage à des exercices pratiques qu'à des exposés didactiques. Beaucoup de professeurs ne connaîtront pas bien ce domaine et pourraient souhaiter faire intervenir des enseignants externes, issus par exemple des facultés d'ingénierie et de psychologie. Ces facultés peuvent compter des experts en ingénierie des facteurs humains qui seront à même de présenter les principes en la matière.

Exposé d'introduction générale
Il s'agit d'un sujet nouveau pour les étudiants. Il conviendrait donc d'inviter un expert en facteurs humains pour présenter les principes sous-jacents. Ces experts travaillent souvent dans des disciplines telles que l'ingénierie ou la psychologie. Certaines de ces disciplines ont intégré les soins de santé à leur domaine d'étude . Il est également possible de faire appel à un clinicien qui a étudié les facteurs humains et applique ces connaissances à sa pratique. Il faut inviter une personne qui saura couvrir les connaissances de base et inclure à sa présentation des études de cas portant sur les soins de santé.

Activités individuelles et en petits groupes
Les formateurs peuvent opter pour des exercices pratiques qui explorent les facteurs humains en jeu dans le matériel clinique habituel. Tous les environnements cliniques produisent des exemples, bons et mauvais, illustrant les principes relatifs aux facteurs humains. Par ailleurs, les formateurs peuvent demander aux étudiants de réfléchir à l'impact des facteurs humains en-dehors du contexte clinique, dans leur vie privée, leurs relations avec leurs camarades et leurs précédents emplois.

Exemples :

1. Demandez aux étudiants d'examiner le matériel présent dans les différentes unités de l'établissement où ils travaillent (par ex. : unité de rééducation, service d'urgence, clinique, unité de soins intensifs, service de radiologie, pharmacie, chirurgie dentaire).

- Où trouve-t-on le plus de matériel ? Quels sont les facteurs de risques associés à l'utilisation du même matériel pour traiter plusieurs patients ? Le matériel est-il bien entretenu ? En quoi les facteurs humains affectent-ils le fonctionnement sûr et efficace du matériel ?

- Pour tous les appareils et dispositifs qu'ils trouvent, poser les questions suivantes :
  - Le bouton marche/arrêt est-il facile à identifier ?
  - Le fonctionnement du matériel est-il facile à comprendre ?
  - Les étudiants, professeurs et techniciens expérimentés éprouvent-ils des difficultés à utiliser le matériel ?

2. Réfléchissez à la facilité d'utilisation des alarmes.
   - A quelle fréquence les alarmes des différents types de matériel se déclenchent-elles ?
   - A quelle fréquence sont-elles ignorées ?
   - Que se passe-t-il lorsque l'alarme est coupée et la durée de cette interruption est-elle évidente ?
   - La coupure de l'alarme a-t-elle été faite machinalement ou y a-t-il une approche systématique visant à identifier la cause ?

3. Étudiez la relation existant entre la conception du matériel et la sécurité. Par exemple, est-il facile de programmer correctement une pompe à perfusion donnée ?

– Quels sont les facteurs de risques associés à l'utilisation de plusieurs types de pompe à perfusion dans la même zone ou le même établissement de travail ?

4. Élaborez une check-list pour une procédure clinique d'urgence.

Servez-vous d'une enquête sur un EIAS pour revoir les questions liées aux facteurs humains (voir Module 5 : *Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages*).

Études de cas

Les cas suivants illustrent comment la fatigue peut compromettre la sécurité des soins fournis par les professionnels de santé.

Des infirmiers trop fatigués pour travailler en toute sécurité ?

Mardi 20 juillet 2004

Les faits. Ce qui est vrai pour les médecins l'est également pour les infirmiers diplômés d'état. Les infirmiers qui ont l'habitude de travailler longtemps, et souvent pour des horaires imprévisibles, comme lors de vacations de plus de 12 heures par exemple, commettent davantage d'erreurs que les autres.

C'est la conclusion à laquelle est parvenue une étude financée au niveau fédéral publiée dans le numéro de juillet/août du journal *Health Affairs*. Cette étude est l'une des premières à étudier la relation entre les erreurs médicales et la fatigue chez les infirmiers diplômés d'état qui assurent la plupart des soins directs aux patients dans les hôpitaux.

L'étude. Ann Rogers, professeure associée à l'institut de soins infirmiers de l'Université de Pennsylvanie, et ses collègues ont observé 393 infirmiers(ères) qui travaillent à temps plein dans des hôpitaux du pays. Il s'agissait presque exclusivement de femmes et la plupart étaient blanches, d'âge moyen, employées par de grands hôpitaux urbains et justifiant de plus de 10 ans d'expérience.

Pendant deux semaines, les infirmiers(ères) ont tenu un journal détaillé de leurs heures de travail, des temps de pauses et des erreurs commises. Au total, 199 erreurs et 213 presque-erreurs ont été détectées, en général par les infirmiers(ères) eux/elles-mêmes. La plupart des erreurs et des presque-erreurs portaient sur les médicaments : erreur de médicament ou de dose, administration du médicament au mauvais patient, erreur de mode d'administration, administration à la mauvaise heure ou l'absence totale d'administration.

Le nombre d'erreurs et de presque-erreurs augmentait lorsque les vacations des infirmier(ères) dépassaient 12 heures par jour, lorsque la durée hebdomadaire de travail était supérieure à 40 heures ou lorsqu'ils/elles devaient faire des heures supplémentaires non planifiées à la fin de leur garde normale. Ann Rogers a déclaré : « Le personnel infirmier n'est pas différent des autres personnels. Lorsqu'il fait plus d'heures, le risque d'erreurs augmente. »

L'impact sur les patients. A l'instar des précédentes études sur les internes en médecine, cette étude n'a pas cherché à associer directement les erreurs aux dommages aux patients. Une étude plus ancienne menée en Pennsylvanie a montré que l'ajout d'un patient chirurgical supplémentaire à la charge de travail d'un(e) infirmier(ère) était associé à un risque accru de décès ou de complications graves chez les patients dont il/elle s'occupe.

Plus largement. Dans certaines spécialités, les inquiétudes soulevées quant à la prévalence des erreurs médicales et aux effets de la fatigue sur les étudiants en médecine ont poussé à l'adoption de nouvelles règles qui limitent la durée hebdomadaire du travail à 80 heures et avec un maximum de 24 heures consécutives. Certains états envisagent d'imposer une durée maximum pour les gardes du personnel infirmier, durée qui s'est allongée au cours des 10 années en raison des réductions des effectifs dans les hôpitaux et de la pénurie d'infirmiers(ères) à l'échelle du pays.

Source : Goodman SG. *Nurses: too tired to be safe?* Washington Post. Mardi 20 juillet 2004. © 2004 The Washington Post Company.

Activité

– Demandez aux étudiants de lire l'article paru dans le *Washington Post* et de réfléchir aux facteurssusceptibles d'être associés à la fatigue du personnel infirmier.

Un professionnel de santé en manque de sommeil

Après sa garde de 36 heures dans un grand centre médical universitaire, une étudiante en première année d'internat de médecine a pris sa voiture

pour rentrer chez elle. Sur la route, l'interne s'est endormi au volant de son véhicule et a percuté une voiture dont la conductrice, une jeune femme de 23 ans a été blessée à la tête et est restée handicapée à vie.

Cette dernière (la demanderesse) a engagé une action en justice pour faute professionnelle médicale contre le centre médical en alléguant que le centre « *savait, ou aurait dû savoir, que l'interne avait travaillé 34 heures sur les 36 heures de sa vacation et qu'il savait, ou aurait dû savoir, que l'interne était, par conséquent, fatiguée par le nombre excessif d'heures de travail et qu'en quittant l'hôpital, elle n'avait plus toutes ses capacités de discernement car elle était en manque de sommeil.* »

Questions

– Avez-vous déjà rencontré une situation similaire avec l'un de vos pairs ou de vos collègues ?

– Si vous vous trouviez face à une telle situation, quel conseil donneriez-vous à l'interne après sa vacation de 36 heures ?

– Etes-vous d'accord que le centre médical est responsable des blessures subies par la jeune femme ?

– Quelles mesures suggéreriez-vous pour éviter que de tels incidents se produisent ?

Source : Cas fourni par le Professeur Armando C. Crisostomo, division de chirurgie colo-rectale, service de chirurgie, faculté de médecin de l'Université des Philippines/Hôpital général des Philippines, Manilles, Philippines.

Un tampon d'ouate oublié après une épisiotomie

Ce cas illustre la défaillance des protocoles de vérification dans les salles d'opération.

Sandra, 28 ans, s'est rendue chez son obstétricien après trois jours d'écoulements vaginaux nauséabonds. Dix jours plus tôt, elle avait donné naissance à un petit garçon. Lors de l'accouchement, une épisiotomie avait été pratiquée. L'obstétricien a suspecté une infection urinaire et lui a prescrit cinq jours d'antibiotiques.

Une semaine plus tard, Sandra est retournée chez son obstétricien avec les mêmes symptômes. Son traitement antibiotique était terminé. L'examen du vagin a montré une sensibilité au niveau de l'épisiotomie ainsi que des gonflements. L'obstétricien a étudié le dossier de Sandra en détail, notamment les notes concernant l'accouchement et le décompte des tampons d'ouate. Ce dernier avait été consigné dans le dossier et vérifié par un(e) deuxième infirmier(ère). Un traitement antibiotique supplémentaire a été prescrit.
Comme les symptômes persistaient, Sandra a décidé de demander un deuxième avis et a donc consulté un autre obstétricien. Le deuxième obstétricien l'a faite hospitaliser pour l'examiner sous anesthésie et pratiquer un curetage. Il a téléphoné au premier obstétricien après avoir trouvé un tampon d'ouate oublié pendant le tamponnement de l'incision.

Activité

– Si vous enseignez aux étudiants en soins infirmiers, demandez-leur quel est le rôle de l'infirmier(ère) en salle d'opération, en particulier en ce qui concerne le tampon d'ouate oublié pendant la première intervention. Demandez-leur d'expliquer le processus permettant de déterminer les facteurs sous-jacents pouvant être associés à cet EIAS.

Source : Groupe de consensus constitué d'experts - WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Cas fourni par Ranjit De Alwis, maître de conférence, Université médicale internationale, Kuala Lumpur, Malaisie.

Modification des pratiques de routine sans en avertir l'équipe soignante

Ce cas illustre l'effet des facteurs humains sur la sécurité des patients. Cet incident montre le manque de communication au sein de l'équipe clinique et le non-respect des protocoles thérapeutiques convenus, compromettant ainsi les soins au patient.

Mary est dentiste, spécialisée dans les traitements radiculaires. En général, elle pratique l'intégralité de l'intervention en une seule visite, fait bien connu de son équipe dentaire.

Un jour, alors qu'elle pratiquait un traitement radiculaire sur une molaire supérieure d'un patient, elle s'est sentie mal. Au vu de son état, elle a décidé de ne pas obturer les canaux radiculaires de la dent et a laissé cette tâche pour un prochain rendez-vous. Elle n'a pas expliqué la situation à son assistant(e) dentaire. Dans le même temps, l'assistant(e) dentaire n'a pas noté qu'il convenait de fixer un autre rendez-vous pour terminer le traitement.

Mary n'a plus repensé à ce cas. Le patient a consulté d'autres dentistes pour ses soins dentaires et, dans la mesure où le dossier n'était pas complet, aucun de ces dentistes ne s'est

inquiété outre mesure du traitement radiculaire inachevé. Plus tard, un autre dentiste a rebouché la dent sans s'apercevoir que les canaux n'étaient pas obturés.

Trois mois plus tard, le patient revient et présente une importante lésion près de la racine de la dent ainsi qu'une inflammation. Il a alors fallu prescrire un traitement antibiotique avant de pouvoir extraire la molaire atteinte.

Questions

– Désignez les facteurs susceptibles d'avoir contribué à la consignation incomplète d'informations concernant le traitement interrompu.

– Quels sont les facteurs pouvant expliquer pourquoi les autres dentistes consultés par la suite n'ont pas remarqué que les canaux radiculaires de la dent n'avaient pas été obturés ?

– Discutez des responsabilités des différents membres de l'équipe (dans votre domaine de pratique) en ce qui concerne l'enregistrement et la consignation des informations.

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

Évaluation des connaissances de ce module

Plusieurs stratégies d'évaluation sont adaptées à ce module, notamment les QCM, les dissertations, les questions à réponse courte, les discussions de cas et l'auto-évaluation. Pour favoriser efficacement la compréhension, vous pouvez demander à un étudiant ou un groupe d'étudiants de mener une discussion de groupe sur un point en lien avec les facteurs humains dans le domaine clinique. Si les étudiants sont sur leur lieu de travail, demandez-leur d'observer l'usage qui est fait de la technologie et les mesures préparatoires prises pour former les professionnels de santé à son utilisation.

Évaluation de l'enseignement de ce module

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

Outils et ressources documentaires

Sécurité des patients

National Patient Safety Education Framework, sections 4.2 et 4.5 (http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/$File/framework0705.pdf: consulté le 21 février 2011).

Groupe sur les facteurs humains cliniques

http://www.chfg.org; consulté le 18 janvier 2011. Ce site propose une présentation PowerPoint qui explique très clairement les facteurs humains.

Human factors in health care. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2006 (http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C5001E5610/$File/humanfact.pdf; consulté le 21 février 2011).

Gosbee J. Human factors engineering and patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 2002, 11:352-354.

Cette article est accessible gratuitement sur le Web et fournit des explications de base sur les facteurs humains et leur importance pour la sécurité des patients.

Conception anti-erreur

Grout J. *Mistake-proofing the design of health care processes* (prepared under an IPA with Berry College). AHRQ publication no. 070020. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, May 2007 (http://www.ahrq.gov/qual/mistakeproof/mistakeproofing.pdf; consulté le 18 janvier 2011).

Fatigue des professionnels de santé

Berlin L. Liability of the sleep deprived resident. *American Journal of Roentgenology*, 2008; 190:845-851.

Références

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
2. Cooper N, Forrest K, Cramp P. *Essential guide to generic skills*. Malden, MA, Blackwell, 2006.

3. *National Patient Safety Education Framework,* sections 4.2 et 4.5 (http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/$File/framework0705.pdf; consulté le 21 février 2011).

4. Pilcher JJ, Huffcutt AI. Effects of sleep deprivation on performance: A meta-analysis. *Sleep*, 1996, 19:318-26.

5. Weinger MB, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance . *Journal of the American Medical Association*, 287:955-7 2002.

6. Runciman W, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing, 2007.

7. Vincent C. *Clinical risk management–enhancing patient safety.* London, British Medical Journal Books, 2001.

8. Flin R, O'Connor P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.

9. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235–237.

10. Carayon P. *Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum, 2007.

11. Haynes AB et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491-499.

Diaporamas pour le Module 2 : Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients

En général, les exposés didactiques ne constituent pas la meilleure façon d'enseigner la sécurité des patients aux étudiants. Ce module comporte toutefois certains principes théoriques que les étudiants doivent intégrer. Invitez un ingénieur ou un psychologue spécialisé dans les facteurs humains à faire une présentation générale du sujet. En cas d'exposé, il est intéressant de permettre aux étudiants d'interagir et d'échanger leurs points de vue pendant le cours. Une étude de cas est une façon de lancer une discussion de groupe. Des ingénieurs peuvent donner des exemples d'autres secteurs d'activité tels que l'aviation et les transports. Si de tels exemples sont utilisés, il convient de donner également un exemple pertinent dans le contexte des soins de santé afin d'illustrer l'application de la théorie aux étudiants. Vous pouvez également poser aux étudiants des questions sur différents aspects des soins de santé qui feront ressortir les points abordés dans le module. Les diaporamas du Module 2 ont pour objectif d'aider le formateur à en transmettre le contenu. Ils peuvent être modifiés et adaptés à la culture et au contexte locaux. Les formateurs peuvent choisir de ne pas utiliser toutes les diapositives. Il est d'ailleurs préférable d'adapter ces dernières aux domaines couverts lors de la session de formation.

Module 3
Comprendre l'organisation des systèmes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

Erreurs d'injection aux patients

Jackie a été soumise à une intervention connue sous le nom de cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) dans un grand hôpital universitaire pour un trouble suspecté de la vésicule biliaire. Sous anesthésie générale, un endoscope a été inséré dans sa bouche pour le descendre par l'œsophage jusqu'au duodénum. Un cathéter a été introduit au travers de l'endoscope jusque dans le cholédoque, pour injecter un produit de contraste en vue de réaliser une radiographie.

Deux mois plus tard, Jackie a appris qu'elle faisait partie des 28 patients à qui un produit de contraste contenant une molécule irritante, le phénol, avait été injecté. La pharmacie commande habituellement des flacons de 20 ml de Conray 280. Toutefois, pendant environ cinq mois, les commandes passées se sont avérées incorrectes et le bloc a été approvisionné en flacons de 5 ml de Conray 280 à 60 % et 10 % de phénol avec l'étiquette de mise en garde indiquant clairement « utiliser sous surveillance–produit caustique »et « flacon à dose unique ». C'est une infirmière qui s'est finalement aperçue de cette erreur, qui avait échappé à la pharmacie mais également à plusieurs équipes de personnel de bloc.

La façon dont les produits sont commandés, stockés et livrés au bloc et la méthode permettant de vérifier que les patients reçoivent les bons produits comportent de nombreuses étapes qui sont autant de risques d'erreurs. Comprendre la complexité du système est nécessaire pour comprendre quand et comment ses différentes composantes s'articulent entre elles.

Source : *Report on an investigation of incidents in the operating theatre at Canterbury Hospital 8 February – 7 June 1999*, Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales, Australia. September 1999:1–37 (http://www.hccc.nsw.gov.au/Publications/Reports/default.aspx ; consulté le 18 janvier 2011).

Introduction– Pourquoi penser systémique est important pour la sécurité des patients

Un soin de santé est rarement le fait d'une seule personne. Soigner de façon sûre et efficace ne dépend pas que des connaissances, du savoir-faire et des comportements des professionnels qui sont en première ligne mais aussi de la façon dont ces professionnels coopèrent et communiquent avec leur environnement, lequel n'est habituellement qu'une partie d'une organisation plus grande. En d'autres termes, les patients dépendent d'un grand nombre de personnes qui font la bonne chose au bon moment. En clair, ils dépendent d'un système de santé [1]. Un professionnel de santé expérimenté se doit de comprendre les interactions et les relations complexes inhérentes au domaine des soins de santé. Cette connaissance peut par exemple permettre aux praticiens d'identifier les sources d'erreurs potentiellement dangereuses pour les patients et usagers et prendre des mesures de prévention. Le présent module traite du système de santé. Les stratégies visant à réduire les erreurs sont abordées en détail dans le module 5.

Mots-clés
Système, complexité du système, haute fiabilité organisationnelle (HRO).

Objectif d'apprentissage

Comprendre comment penser systémique peut améliorer les soins de santé et réduire au minimum les risques d'événements indésirables.

Objectifs d'apprentissage : connaissances théoriques et pratiques

Connaissances théoriques

Les étudiants devraient être capables d'expliquer à quoi font référence les termes *système et* système complexe dans le domaine des soins de santé et pourquoi l'approche systémique de la sécurité du patient est préférable à l'approche traditionnelle.

Connaissances pratiques

Les étudiants devraient être capables de décrire les composantes d'un système sûr de dispensation des soins.

Ce que les étudiants ont besoin de savoir sur les systèmes en soins de santé : expliquer ce que signifient les termes *système* et *système complexe* dans le domaine des soins de santé

Qu'entend-on par système ?

Le terme *système* sert généralement à décrire la réunion de deux parties ou plus interagissant entre elles ou « un groupe interdépendant d'éléments formant un ensemble unifié » [2].

Les étudiants en professions de santé sont familiarisés avec le concept de systèmes dans le contexte biologique et organique. La notion de système organique concerne depuis la simple cellule isolée jusqu'à des organismes plus complexes ou des populations en totalité. Ces systèmes sont en état permanent d'échanges d'informations entre le milieu intérieur et extérieur. Le processus permanent de réception d'informations, de transformation interne, d'envoi et de retour d'informations caractérise ces systèmes. Ces mêmes caractéristiques s'appliquent aux multiples systèmes qui fournissent des soins de santé, ainsi qu'au système de santé dans son ensemble.

Systèmes complexes

Lorsque les étudiants intègrent pour la première fois un grand établissement de santé, ils sont souvent saisis par la complexité de son organisation – grand nombre de professionnels de santé, de professionnels paramédicaux, de spécialités, diversité des patients, différents départements, différentes odeurs, etc. Ces étudiants appréhendent et considèrent ainsi l'établissement de soins comme un système. Cette organisation leur semble chaotique et imprévisible et ils se demandent s'ils parviendront à s'adapter un jour à cet environnement. Ils finissent par être affectés à différents services, départements ou centres de soins et se familiarisent avec les rouages propres à leur discipline ou domaine de spécialité. Ils peuvent par conséquent oublier sans problème le reste du système.

Un système complexe est un système dans lequel les parties interagissant entre elles sont si nombreuses qu'il est difficile, voire impossible, de prévoir les comportements du système sur la simple base de la connaissance de ses composantes individuelles [3]. Cette définition de système complexe peut parfaitement être transposée à la dispensation des soins de santé, particulièrement dans un établissement de grande taille. Les grands établissements sont souvent constitués de nombreuses composantes interagissant entre elles, notamment les personnes (les patients et le personnel), les infrastructures, la technologie et les agents thérapeutiques Les différentes façons dont les composantes du système interagissent entre elles et la façon dont elles agissent collectivement sont très complexes et variables [3].

Tout professionnel de santé doit comprendre la nature de la complexité au regard des soins de santé. Cette compréhension s'avère importante pour prévenir les événements indésirables et utile pour analyser les situations où quelque chose s'est mal passé. (Ce point est abordé plus en détail dans le module 5.) Autrement, il peut naître une tendance à rejeter la faute uniquement sur les personnes directement impliquées dans une situation donnée, sans réaliser qu'il existe normalement beaucoup d'autres facteurs contributifs. Soigner est complexe en raison de [3] :

- la diversité des tâches associées à la dispensation des soins au patient ;
- l'interdépendance des professionnels de santé ;
- la diversité des patients, des cliniciens et autres membres du personnel ;
- les innombrables relations entre les patients, les soignants, les professionnels de santé, le personnel auxiliaire, les administrateurs, les familles et les membres de la communauté ;
- la vulnérabilité des patients ;
- les changements dans la configuration physique des environnements cliniques ;
- la variabilité ou l'absence de réglementations ;
- la mise en place de nouvelles techniques ;
- la diversité des chemins cliniques et des organisations impliquées ;
- la spécialisation accrue des professionnels de santé– si la spécialisation permet de faire bénéficier les patients de davantage de services et de solutions thérapeutiques, elle augmente en revanche le risque que quelque chose se passe mal et le risque d'erreur.

Les étudiants qui travaillent aux côtés des patients comprennent rapidement que chacun d'entre eux nécessite des soins adaptés à son état et à ses besoins spécifiques. Un étudiant est rapidement en mesure de

voir que la combinaison de chaque service de santé résulte en un système de santé.

De nombreux services de santé se présentent comme un système (bâtiments, personnes, procédures, bureaux, équipement, téléphones). Néanmoins, si les personnes impliquées ne parviennent pas à appréhender l'objectif commun, le système ne fonctionnera pas de manière unifiée. Ces personnes constituent le ciment qui solidarise et maintient le système debout.

Pour comprendre ce que représente le système de santé, les étudiants doivent se projeter au-delà de leur future profession. Pour que le système fonctionne de façon efficace, les médecins, le personnel infirmier, les pharmaciens, les sages-femmes et tous les autres professionnels de santé doivent comprendre le rôle et les responsabilités de chacun. Le bon fonctionnement du système passe également par la compréhension de l'effet de la complexité sur les soins des patients et du fait que les organisations complexes, comme les services de santé, sont sujettes aux erreurs. Par exemple, il y a peu de temps encore, les centaines de services proposés aux patients dans un hôpital étaient indépendants les uns des autres. Le travail des médecins était séparé de celui du personnel infirmier, de celui des pharmaciens et de celui des kinésithérapeutes. Les services et les unités étaient également considérés comme des entités distinctes.

Si le service des urgences ne pouvait pas prendre en charge les patients assez rapidement, on pensait qu'il suffisait de pallier le problème uniquement là où il avait été identifié au sein du service des urgences sans s'intéresser aux autres services en rapport. Mais le service des urgences n'a peut-être pas été en mesure de prendre en charge les patients en temps opportun car il n'y avait plus aucun lit disponible. Le personnel s'est peut-être heurté à un conflit de priorités qui a compromis sa capacité à répondre rapidement aux besoins des patients.

Bien que les professionnels de santé se confrontent chaque jour à de nombreuses difficultés sur leur lieu de travail et qu'ils saisissent peut-être même les multiples composantes et relations propices aux dysfonctionnements, la pensée systémique leur échappe encore souvent car, en général, les concepts et le langage de la théorie des systèmes ne leur ont pas été enseignés et ils n'utilisent pas les outils associés pour comprendre les systèmes dans lesquels ils travaillent.
La connaissance de la complexité du système de santé permettra aux professionnels de santé de comprendre dans quelle mesure les structures organisationnelles et les procédures de travail peuvent contribuer à améliorer la qualité générale des soins aux patients. La plupart des connaissances sur les organisations complexes proviennent d'autres disciplines, comme la psychologie des organisations. Dans une étude publiée en 2000, l'IOM américain a rapporté que les procédés organisationnels, telles que la simplification et la standardisation, reconnues comme des principes de sécurité, étaient rarement appliqués dans les systèmes de dispensation des soins qu'ils avaient analysés [4].

L'approche systémique demande de considérer le système de santé dans son ensemble, avec toute sa complexité et ses interdépendances, en se focalisant non plus sur l'individu mais sur l'organisation. Cela nous oblige à passer de la culture de culpabilisation à l'approche systémique. L'approche systémique rend possible par exemple qu'un professionnel paramédical dise à un praticien qu'il qu'il risque d'avoir un problème pour satisfaire sa demande immédiatement à cause d'autres demandes concurrentes. Ils pourront ainsi rechercher ensemble une solution à ce problème afin d'éviter qu'il se reproduise à l'avenir.

En résumé, l'approche systémique permet d'examiner les facteurs organisationnels à l'origine des dysfonctionnements des systèmes de santé et des accidents/erreurs (procédures défectueuses, défauts de conception, travail d'équipe déficient, contraintes financières et facteurs institutionnels) au lieu de se focaliser sur les personnes associées à ces événements ou montrées du doigt. Ce type d'approche nous aide également à passer de la culpabilisation à la compréhension et à accroître la transparence des processus de soins plutôt que de se concentrer uniquement sur l'acte de soins en lui-même.

L'approche traditionnelle lorsque les choses se passent mal : culpabiliser et humilier

9 10

Dans un environnement si complexe, il n'est pas surprenant que de nombreuses choses puissent régulièrement mal tourner. Lorsque quelque chose tourne mal, l'approche traditionnelle consiste à rejeter la faute sur le professionnel de santé le plus directement impliqué dans les soins du patient à ce moment-là. Il s'agit souvent d'un étudiant ou d'un membre du personnel non expérimenté. Bien que l'on ait fortement et naturellement tendance à culpabiliser une personne (approche culpabilisante) [5], cette habitude est en réalité inutile et contreproductive, et ce, pour de nombreuses raisons. Quel que soit le rôle qu'a pu jouer dans l'EIAS le professionnel de santé montré du doigt, il est très peu probable qu'il ait causé au patient le dommage en question de façon délibérée. (Un acte délibéré constitue une violation).
Voir Module 5 : *Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages* et Module 6 : *Comprendre et gérer le risque clinique*. → M5 M6

11 12

La plupart des professionnels de santé impliqués dans un événement indésirable sont bouleversés à l'idée que leur action (ou inaction) ait pu, en quoi que ce soit, y contribuer. La dernière chose dont ils ont besoin est d'être sanctionnés. Wu qualifie le professionnel de santé de « deuxième victime » dans ces circonstances

[6]. Dans ce genre de situation, la tendance naturelle est au faible signalement. Les professionnels hésiteront à déclarer tout EIAS s'ils s'exposent à des sanctions pour un éventuel fait fâcheux. Si une telle culture de la culpabilisation venait à persister, l'organisation des soins de santé aura beaucoup de mal à diminuer le risque que des événements indésirables de même nature ne se reproduisent à l'avenir (voir Module 5 : *Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages*). → M5

Malheureusement, de nombreux professionnels de santé, y compris les professionnels expérimentés, les professionnels paramédicaux et les cadres, partagent, avec beaucoup d'autres personnes au sein de la communauté, un point de vue différent, qui privilégie l'idée de la culpabilisation individuelle. C'est un phénomène courant, auquel se heurte souvent le personnel moins expérimenté (voir Introduction de la Partie B–Modules).

L'approche systémique ne dégage toutefois pas les professionnels de santé de leur responsabilité ou de devoir répondre de leurs actes. Elle requiert une compréhension des facteurs sous-jacents qui ont contribué à l'EIAS. Se concentrer sur une personne ne permettra pas d'identifier les causes principales et n'éliminera donc pas le risque que le même EIAS ne se reproduise plus tard.

Responsabilité

L'ensemble des professionnels de santé ont des responsabilités éthiques et juridiques dont ils doivent répondre. Bien que celles-ci soient susceptibles de varier selon les professions et les pays, elles visent généralement à rassurer la communauté sur le fait que les professionnels de santé sont dignes de confiance car leurs connaissances, leur savoir-faire et leur comportement sont conformes aux prérequis établis par l'ordre professionnel compétent. Ces responsabilités éthiques et juridiques font souvent place à diverses interprétations de la part des professionnels de santé qui, pour la plupart, ne savent pas faire la différence entre les actes de négligence, les actes contraires à l'éthique et les erreurs. Le tableau suivant reprend les différences fondamentales.

Tableau B.3.1. Définition de termes médico-légaux

Type de comportement médico légal	Définitions	Commentaires
Négligence	1. Absence de mise en œuvre des compétences, des soins et des enseignements que l'on est en droit d'attendre d'un professionnel de santé raisonnablement prudent [7]. 2. Les soins fournis ne sont pas conformes aux standards de soins que l'on est raisonnablement en droit d'attendre d'un professionnel de santé moyen qualifié pour prendre en charge le patient en question, (SP-SQS 2005) ou la qualité de ces soins est inférieure à celle attendue des médecins au sein de leur communauté [8]. 3. La non-application des soins qu'une personne raisonnablement prudente et attentive appliquerait dans des circonstances similaires [9]. 4. La non-application (généralement de la part du médecin ou d'un autre professionnel de santé) des précautions, des compétences ou des soins ordinaires, raisonnables, habituels ou attendus (normalement ou habituellement appliqués par d'autres médecins de bonne réputation qui prennent en charge des patients similaires) dans la réalisation d'une tâche autorisée par la loi, se traduisant par un dommage, une blessure ou une perte prévisible pour autrui. La négligence peut être un acte d'omission (non intentionnel) ou de commission (intentionnel), résultant d'une inattention, d'une imprudence, d'une inadvertance, d'une étourderie ou d'une témérité. En soins de santé, la négligence implique un écart inapproprié de « la pratique médicale normale » qui serait exercée dans les mêmes circonstances par un professionnel ayant suivi la même formation [10].	Les composantes de la négligence sont déterminées par le pays dans lequel l'action a lieu.
Manquement professionnel	(Dans la définition de faute professionnelle) Manquement professionnel ou manque déraisonnable de compétences dans la réalisation d'un acte professionnel. Terme pouvant être appliqué aux médecins, avocats et comptables [10]. Le manquement professionnel se distingue de la faute professionnelle et s'applique à l'ensemble des professionnels de santé. Sa définition varie selon les pays. Le manquement professionnel se réfère habituellement à une déviance significative de ce que l'on est en droit d'attendre normalement d'un professionnel de santé en matière de prise en charge.	Chaque pays dispose de son propre système de registre des différentes professions de santé et de gestion des plaintes relatives aux compétences et aux conduites professionnelles.

Erreurs	1. Acte totalement conforme au plan mais plan inapproprié pour atteindre l'objectif visé [11]. 2. Une erreur d'activation de règles ou une erreur par défaut de connaissance qui est une erreur commise de bonne foi. Les erreurs d'activation de règles surviennent au cours de la résolution d'un problème lorsque la mauvaise règle est appliquée, soit à cause d'une perception erronée de la situation, entraînant l'application de la mauvaise règle, soit en raison de l'utilisation impropre d'une règle puissante (utilisée fréquemment) qui semble bien convenir. Les erreurs par défaut de connaissance surviennent en raison d'un manque de connaissance ou de l'interprétation erronée du problème [12]. 3. Défaut ou échec d'appréciation ou de déduction dans la sélection d'un objectif ou dans la spécification des moyens qui permettent de l'atteindre, et ce, indépendamment du fait que les actes motivés par cette décision/ce projet respectent ou non le plan. Erreurs commises de bonne foi... y compris les erreurs d'activation de règles qui surviennent lorsque la mauvaise règle est appliquée au cours de la résolution d'un problème, et les erreurs résultant d'un défaut de connaissances qui surviennent en raison d'un manque de connaissance ou de l'interprétation erronée du problème [13].	La non-reconnaissance de ses erreurs peut constituer un manquement professionnel dans certains pays. Dans certains pays, les erreurs sont passibles de sanctions. Il est important de savoir comment le pays dans lequel vous étudiez se positionne en matière d'erreurs en santé.

L'approche systémique implique également que les étudiants et les professionnels de santé sont tenus d'être professionnellement responsables de leurs actes. Si un étudiant dentiste administre le mauvais médicament à un patient du fait du non-respect du protocole de vérification des médicaments, cet étudiant pourrait-il être tenu pour responsable ? L'analyse de ce cas selon l'approche systémique prendrait en considération les facteurs ayant contribué à ce que l'étudiant ne vérifie pas les médicaments : l'étudiant était-il nouveau au sein du cabinet et était-il supervisé ? Connaissait-il les étapes à suivre ? Savait-il qu'il existe une politique permettant de s'assurer que le bon médicament est administré à la bonne personne ? Ou a-t-il hésité sans pouvoir vérifier auprès de qui que ce soit car il était seul et a-t-il craint d'avoir des problèmes s'il retardait l'administration du médicament ? La pensée systémique laisserait supposer que cet étudiant n'était pas suffisamment préparé à ce type de tâches. Mais si l'étudiant était suffisamment préparé, supervisé par un dentiste et au courant des protocoles et si, malgré tout, il n'a pas vérifié le médicament, par paresse, négligence ou pour finir plus tôt, il serait alors tenu pour responsable de l'erreur. Les professionnels de santé inexpérimentés travaillent parfois sans superviseur. Dans ce cas, ils devraient demander des conseils à un confrère expérimenté même si cela exige de déplacer les patients dans le service.

Les circonstances associées aux événements indésirables sont souvent compliquées. Il est donc préférable d'avoir recours à l'approche systémique pour comprendre ce qui est arrivé et pourquoi cela est arrivé avant d'invoquer la responsabilité individuelle. Il faut garder à l'esprit que cette culture non culpabilisante ne doit pas s'appliquer seulement aux étudiants, mais aussi aux autres membres du personnel, y compris ceux qui exercent depuis longtemps et qui ont cumulé de nombreuses années d'expérience.

La responsabilité est une obligation professionnelle et nul ne pense qu'une personne ne devrait pas être tenue pour responsable. Toutefois, outre la responsabilité individuelle, il existe la responsabilité systémique. La responsabilité systémique exige que le système s'analyse lui-même. Pendant trop longtemps, les systèmes de santé ont fait individuellement peser la responsabilité des erreurs au sein du système sur les professionnels de santé.

Les meilleures organisations de santé ont compris la différence entre violation et erreur et ont mis en place des mécanismes de responsabilité justes, transparents et connus à l'avance. Les membres du personnel savent ainsi parfaitement pour quels types de questions leur responsabilité individuelle pourrait être engagée.

Les patients font également partie intégrante du système et si l'on accorde pas assez d'attention à leur niveau socio-culturel, ils risquent de ne pas bénéficier d'un traitement et de soins optimaux. Ces patients sont peu susceptibles de se plaindre ou de signaler quelque problème que ce soit aux professionnels de santé. Les patients, en tant que groupe, n'ont généralement pas leur mot à dire quant à la façon dont un service de santé devrait fonctionner : ils n'ont souvent pas d'autre choix que d'accepter les désagréments, des soins et un traitement inadaptés et des informations inexactes. Mêmes si les soins qu'ils reçoivent sont insatisfaisants, ils s'en contentent car ils perçoivent bien la pression subie par les professionnels de santé et ne souhaitent pas les offenser. Bien souvent, les patients ne prennent pas toute la mesure de leur problème de santé et ne perçoivent pas l'importance de respecter un protocole de traitement, et notamment de suivre un traitement médicamenteux à la lettre. Lorsque les patients se sentent mieux, ils ont en effet tendance à arrêter de prendre leurs médicaments sans demander l'avis d'un professionnel de santé. Il est donc primordial que les

professionnels de santé prennent bien le temps de leur expliquer les protocoles de traitement et les conséquences de la non-observance.

Nouvelle approche

Les experts en sécurité pensent que s'il est difficile de changer les aspects des systèmes complexes, il est encore plus difficile de bouleverser les comportements et les modes de pensée des êtres humains en ce qui concerne leur contribution aux erreurs [5]. Par conséquent, la meilleure solution à une erreur serait de tenter de changer le système en adoptant l'*approche systémique* [5]. L'approche systémique en santé demande de comprendre les multiples facteurs intervenant dans chacune des composantes du système de santé. Les professionnels de santé font partie intégrante du système. Les analyses relatives aux accidents dans d'autres secteurs d'activité montrent qu'il existe rarement une seule cause à un accident. Les défaillances systémiques découlent d'un grand nombre de facteurs. L'approche systémique vise, dans le cadre d'une enquête sur un EIAS, à améliorer la conception du système, à prévenir les erreurs à l'avenir et/ou à minimiser leurs conséquences.

Reason a décrit les nombreux éléments du système qui devraient être intégrés à une approche de « pensée systémique » dans le cadre des enquêtes d'accidents, selon les facteurs suivants [14].

Facteurs relatifs au patient et au professionnel de santé
Il s'agit des caractéristiques des personnes impliquées, notamment du patient. Il est important de garder à l'esprit que les professionnels de santé, les étudiants et les patients font tous partie du système.

Facteurs relatifs aux tâches
Il s'agit des caractéristiques des tâches que les professionnels de santé assument, à savoir les tâches elles-mêmes mais aussi le flux de travail, les contraintes de temps, le contrôle des tâches et la charge de travail.

Les facteurs relatifs à la technologie et aux outils
Les facteurs relatifs à la technologie font référence au nombre et à la qualité des technologies que compte l'organisation. Ils comprennent le nombre et les différents types de technologies ainsi que leur disponibilité, leur utilité, leur accessibilité et leur emplacement. La conception des outils et des technologies, notamment leur intégration avec d'autres technologies, la formation des utilisateurs, la propension à la panne, le risque d'accident, la réactivité, et d'autres caractéristiques de conception, peuvent également entrer dans cette catégorie.

Les facteurs relatifs à l'équipe
La plupart des soins sont dispensés par des équipes pluridisciplinaires. Des facteurs tels que la communication au sein de l'équipe, la définition clair des rôles et le management d'équipe sont ressortis comme des éléments essentiels dans d'autres industries et leur importance en santé est maintenant de plus en plus reconnue [15].

Les facteurs relatifs à l'environnement
Il s'agit des caractéristiques de l'environnement dans lequel les professionnels de santé travaillent. Ces caractéristiques environnementales sont la luminosité, le bruit, l'espace disponible et l'agencement des lieux.

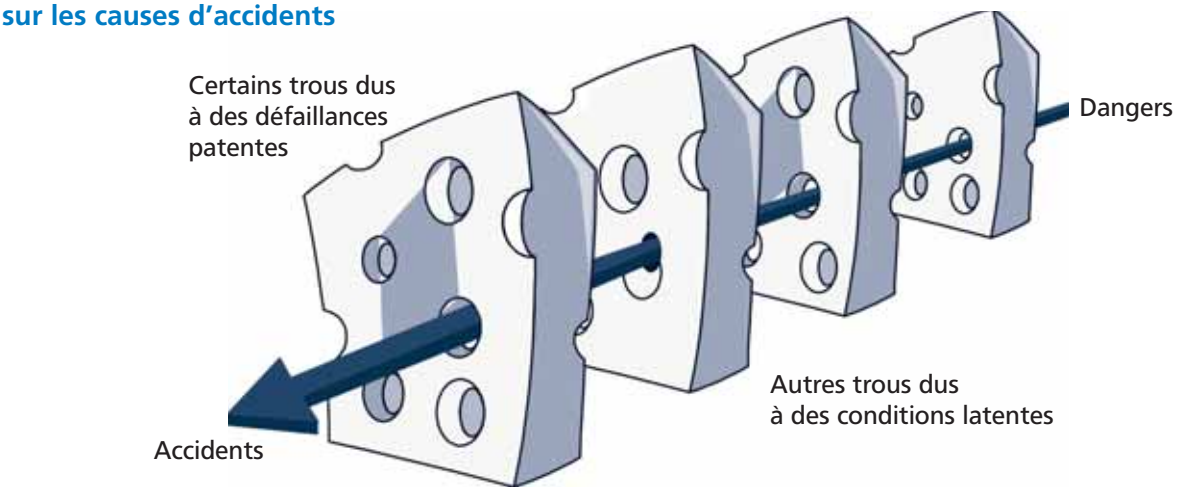
Les facteurs relatifs à l'organisation
Il s'agit des caractéristiques liées à la structure, à la culture et à la politique de l'organisation. Parmi celles-ci figurent le type de direction, la culture, les politiques et les réglementations, les niveaux hiérarchiques et l'étendue du périmètre des superviseurs.

Le modèle du « fromage suisse »

Envisager le système de santé avec cette mise en perspective met en lumière la nature multifactorielle de tout EIAS. Les étudiants en professions de santé sont ainsi invités à se garder de rejeter trop rapidement la faute sur une personne en cas d'événement indésirable et à prêter plutôt attention aux problèmes systémiques associés. Les plupart des événements indésirables découlent de facteurs à la fois systémiques et humains. James Reason utilise le terme de *défaillances patentes* pour se référer aux erreurs commises par des professionnels qui produisent des effets indésirables immédiats. Il décrit également une autre condition préalable à la survenue d'un événement indésirable, à savoir la présence d'une ou plusieurs conditions latentes. Ces dernières sont généralement le résultat d'une mauvaise prise de décision, d'une mauvaise conception et de protocoles inadaptés élaborés par des personnes autres que celles travaillant en première ligne. Ces conditions sont souvent en place déjà bien avant la survenue de l'événement en question. Parmi celles-ci figurent la fatigue, des ressources humaines inappropriées, un équipement défectueux et une formation et une supervision inadaptées [16].

James Reason a créé le modèle dit du « fromage suisse » pour expliquer comment les défaillances qui surviennent aux différents niveaux d'un système peuvent conduire à des EIAS [5]. Ce modèle montre dans quelle mesure une défaillance à un niveau du système ne suffit généralement pas à causer à elle seule un accident (voir Figure B.3.1). Les événements indésirables sont en général le fruit de plusieurs défaillances qui se produisent à plusieurs niveaux (par exemple, des professionnels fatigués, ajoutés à des procédures inappropriées, aoutées à un équipement défectueux) et s'alignent momentanément, permettant la création d'une « trajectoire accidentelle » (indiquée par la flèche dans la Figure B.3.1).

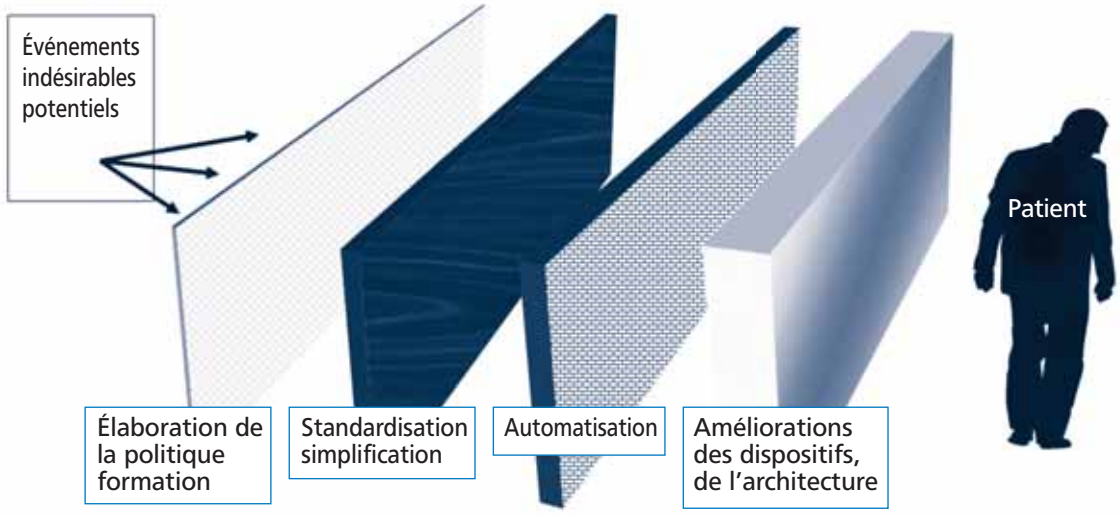
Figure B.3.1. Défenses, barrières et protections



Source : Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*, 1997 [14].

Pour prévenir la survenue d'évènements indésirables, James Reason propose l'utilisation de multiples défenses sous forme de couches successives de protection (compréhension, sensibilisation, alarmes et avertissements, restauration des systèmes, barrières de sécurité, confinement, élimination, évacuation, voie de secours), mises en place pour protéger contre la défaillance qui se produit au niveau de la couche sous-jacente (voir Figure B.3.2). Enquêter selon une approche systémique présente l'avantage de prendre en considération toutes les couches pour vérifier si l'une d'elle peut être améliorée.

Figure B.3.2. Couches de défenses 15



Source : Veteran Affairs (US) National Center for Patient Safety http://www.patientsafety.gov/ [17].

Comment les étudiants peuvent-ils appliquer ces connaissances ? 16 17 18

Comprendre ce qu'est la *haute fiabilité organisationnelle* (HRO)

Le terme « organisation à haute fiabilité » [18] décrit une organisation qui confrontée à des situations dangereuses parvient néanmoins à fonctionner presque complètement sans défaillance Très peu d'événements indésirables s'y produisent. Parmi ces organisations figurent les systèmes de contrôle du trafic aérien, les centrales nucléaires et les porte-avions. Bien que ces secteurs d'activité diffèrent en bien des aspects des organisations de santé, le message est qu'il est possible pour ces dernières de fonctionner en permanence de manière sûre et efficace malgré la grande complexité et les nombreux imprévus induits par l'environnement de travail. Ces organisations à haute fiabilité montrent aux organisations de santé qu'elles peuvent aussi améliorer la sécurité en se concentrant sur les systèmes impliqués.

Les différences entre les organisations décrites ci-dessus et les organisations de santé sont significatives et sont au cœur même des problèmes existants. En tant que professionnels de santé, nous n'avons pas l'habitude de penser que le système de santé peut échouer. L'échec n'entre pas dans l'esprit de la profession, sauf peut-être dans le cas de certains traitements spécifiques. Dans le milieu des soins, nous avons tendance à oublier que les professionnels peuvent mal communiquer, qu'un chirurgien peut être exténué après avoir travaillé toute la nuit ou que l'écriture d'un médecin peut s'avérer illisible pour un pharmacien, ainsi susceptible de fournir la mauvaise dose à l'infirmière chargée d'administrer le médicament en question. Chacune de ces situations peut constituer un facteur contributif à un événement indésirable. Les professionnels de santé ont l'habitude d'informer chaque patient sur le risque de complications ou d'effets indésirables connus d'un traitement mais ils n'appliquent pas le même raisonnement au traitement en tant que produit du système dans son ensemble. La pensée systémique exige aux professionnels de santé d'envisager les deux types de risques potentiels : les risques relatifs au traitement et les risques relatifs au système.

Les organisations à haute fiabilité sont également connues pour leur résilience. Elles font en sorte d'anticiper les défaillances et de prendre des mesures pour les prévenir. Les patients sont la composante la plus résiliente de notre système de santé et de nombreux événements indésirables sont évités grâce à la propre résilience des patients. Leur état s'améliore bien qu'on leur ait donné un mauvais médicament ou un mauvais traitement.

La culture de la sécurité n'est pas encore bien ancrée en santé. Les organisations à haute fiabilité ont tout mis en œuvre pour insuffler et maintenir une culture de la sécurité ; elles encouragent et récompensent leurs employés en ce sens. Dans ce type d'organisation, les gens sont récompensés s'ils admettent avoir fait une erreur car le fait de la reconnaître et les actions qui en résultent pour qu'elle ne se reproduise pas à l'avenir permettent à l'organisation d'économiser du temps et de l'argent. Imaginez un système de santé dans lequel le personnel pourrait reconnaître ses erreurs en toute franchise et dans lequel il serait possible d'adopter/mettre en place des mesures et des ressources pour éviter ou minimiser la reproduction de telles erreurs. Le taux d'événements indésirables diminuerait considérablement et de nombreuses vies se verraient ainsi sauvées, bien des souffrances épargnées et le moral du personnel regonflé.

Caractéristiques de la haute fiabilité organisationnelle [18]

Les organisations à haute fiabilité partagent les caractéristiques suivantes :

- *crainte de la défaillance* : envisager et prévoir la possibilité d'une défaillance due à leur activité à haut risque et sujette aux erreurs ;
- *engagement au service de la résilience* : faire preuve d'initiative dans le dépistage des menaces inattendues pour les déjouer avant qu'elles ne causent un quelconque dommage.
- *sensibilité à l'opérationnel* : s'intéresser aux difficultés rencontrées par les professionnels travaillant en première ligne ; et
- *culture de la sécurité* dans laquelle les personnes pointent aisément du doigt les éventuels dangers ou les défaillances existantes sans crainte d'être jugées par leurs supérieurs.

Transposer les leçons apprises des HRO à la santé 19

Les organisations de santé peuvent s'inspirer des HRO. Nous pouvons analyser leurs réussites et nous pencher sur les facteurs qui y ont contribué. Nous pouvons aussi apprendre de leurs échecs par l'étude des facteurs généralement présents lorsque survient une de catastrophe.

Rôle de la réglementation

En raison de la nature de leur relation avec le public, les professions de la santé sont réglementées dans la plupart des pays. La réglementation de la profession protège le public en exigeant des praticiens qu'ils acquièrent les compétences nécessaires pour exercer la profession. Elle établit et fait valoir les bonnes pratiques. La réglementation fixe les critères de la qualification et du maintien du droit d'exercer. Les autorités de réglementation se doivent de recevoir et

d'enquêter sur les plaintes déposées à l'encontre des professionnels de santé et de prendre les mesures appropriées si nécessaires, comme la suspension, la radiation ou des restrictions.

Résumé 20

L'approche systémique permet d'appréhender et d'analyser les multiples facteurs contributifs aux événements indésirables. Dans l'analyse d'une situation, comparée à l'approche culpabilisante, l'approche systémique aura plus de chances de se traduire par la mise en place de stratégies permettant de diminuer la probabilité de reproduire les mêmes erreurs.

Études de cas

Importance de la communication transversale

Dans bien des cas de décès maternels évitables identifiés dans une enquête confidentielle réalisée au Royaume-Uni (UK Confidential Enquiry), les soins étaient entravés par un manque de coopération et de communication transversales ou interinstitutions, notamment un manque de coopération entre les membres d'une équipe, des consultations téléphoniques inappropriées, l'absence de partage d'informations pertinentes entre les professionnels de santé, par exemple entre les médecins généralistes et l'équipe de la maternité, et de relations interpersonnelles médiocres. Cette étude identifiait également un autre problème concernant les soins obstétricaux, à savoir la difficulté à reconnaître les pratiques déviantes qui exposaient les femmes au risque de ne pas avoir un examen médical approprié. L'étude de cas suivante montre en quoi ces problèmes sont importants.

Une jeune femme réfugiée ne parlant pas anglais couramment, en insuffisance pondérale et anémique, avait pris rendez-vous avec une sage-femme. Son mari, parlant aussi un anglais limité, lui servait d'interprète. En fin de grossesse, elle était hospitalisée suite à des saignements et des douleurs abdominales. Le diagnostic de constipation était posé, malgré des tests de la fonction hépatique anormaux, et elle était renvoyée chez elle sous la surveillance d'une sage-femme. Elle s'était une nouvelle fois retrouvée hospitalisée quelques semaines plus tard, en fin de grossesse, pour des douleurs abdominales. Toutefois, malgré d'autres résultats sanguins anormaux, aucun avis spécialisé n"était sollicité et elle était de nouveau renvoyée chez elle. Quelques jours plus tard, elle était réadmise en urgence pour une insuffisance hépatique et défaillance multi-viscérale, son bébé étant, entre temps, mort in utero. Malgré la gravité de son état, sa prise en charge était une fois encore incohérente et bien qu'un interne l'ait examinée, elle était gardée en salle d'accouchement. La jeune femme décédait deux jours plus tard d'une coagulation intravasculaire disséminée provoquée par une stéatose hépatique de la grossesse.

Question

– A l'aide de l'approche systémique, décrivez les facteurs associés à cette issue dramatique et comment éviter que des événements similaires ne se reproduisent à l'avenir.

Source : The confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH). Saving Mother's Lives 2005-2008, London, 2007 (www.cemach.org.uk/ ; consulté le 21 février 2011).

Administration d'une antibioprophylaxie préopératoire hors protocole

Cet exemple illustre comment les services de santé peuvent parfois avoir du mal à s'adapter aux changements de dernière minute.

Un anesthésiste et un chirurgien discutaient de l'antibioprophylaxie nécessaire pour un patient qui allait avoir une cholécystectomie laparoscopique. L'anesthésiste informait le chirurgien que le patient était allergique à la pénicilline et le chirurgien suggérait de la clindamycine comme alternative. L'anesthésiste allait dans le couloir stérile pour chercher l'antibiotique en question mais revenait et a expliquait à l'infirmière panseuse qu'il n'avait pas trouvé de clindamycine. L'infirmière panseuse partait en demander par téléphone. L'anesthésiste expliquait qu'il n'avait pas pu en prescrire car il n'y avait pas d'ordonnances (il les avaient cherchées dans le mauvais classeur). L'infirmière panseuse confirmait que l'antibiotique demandé allait arriver.

L'incision chirurgicale était pratiquée. Six minutes plus tard, l'antibiotique était disponible en salle d'opération et était injecté immédiatement au patient. Cette injection a été pratiquée après l'incision, ce qui est contraire au protocole selon lequel une antibioprophylaxie doit être administrée avant l'incision chirurgicale afin d'éviter les infections du site opératoire.

Questions

– Que faudrait-il faire pour s'assurer que cet EIAS ne se reproduise pas ?

– Dans quelle mesure ce cas illustre la nécessité d'une communication transversale ?

– Qui peut arrêter une procédure en cas de problème ?

Source : Groupe d'experts - WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools Cas fourni par Lorelei Lingard, Professeur agrégé, université de Toronto, Toronto, Canada.

Défaillance systémique conduisant à un décès
Cet exemple montre dans quelle mesure les environnements sous pression peuvent s'avérer incapables de fournir des soins de base.

Madame Brown était une employée administrative âgée de 50 ans qui travaillait au service approvisionnement d'un hôpital. Elle était en surpoids. En allant chercher son journal, elle glissait dans son jardin et sa jambe heurtait violemment le robinet. Elle avait une fracture du péroné et était admise pour réduction car sa jambe était enflée et douloureuse. La procédure était retardée car la salle d'opération était occupée et sa blessure était relativement sans gravité. Comme le service d'orthopédie était plein, elle était hébergée dans un autre service de médecine. Deux jours plus tard, elle avait l'intervention de réduction et était plâtrée. A peine rentrée chez elle, elle s'est écroulée et est décédée. A l'autopsie, il a été découvert qu'elle était décédée des suites d'une embolie pulmonaire massive. L'héparine n'avait été prescrite à aucun moment pour prévenir une phlébite profonde et aucune autre mesure préventive n'avait été prise. Il a été communiqué à son mari qu'elle était morte à cause d'un caillot dans le poumon, formé dans sa jambe en raison du gonflement et du traumatisme. L'absence de mesures préventives n'a pas été mentionnée.

Activités
– Dessiner un diagramme retraçant le parcours de madame Brown, depuis son accident jusqu'à son décès.

– Identifier tous les professionnels de santé susceptibles d'être intervenus dans ses soins et son traitement.

– Quels sont les facteurs susceptibles d'avoir contribué à son décès ?

Source : Étude de cas tirée de Runciman B, Merry A, Walton M. Safety and ethics in health care: a guide to getting it right, 2007 [24]. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008:78.

Erreurs en chaîne entraînant une erreur de site opératoire dentaire
Ce cas illustre dans quelle mesure les problèmes latents au sein d'un système peuvent conduire à des erreurs sur le lieu des soins (en première ligne).

Un stomatologue devait pratiquer l'extraction d'une dent de sagesse inférieure, totalement incluse. Aucune des dents de sagesse n'était visible (d'aucun côté).

Selon le dossier du patient, c'était la dent de sagesse droite qui devait être extraite. Les clichés affichés sur le moniteur semblaient montrer que la dent de sagesse incluse était la dent de sagesse inférieure droite et que la dent de sagesse inférieure gauche était absente.

Le stomatologue pratiquait l'incision, soulevait le lambeau et commençait l'ostéotomie. Cependant, la molaire incluse n'apparaissait pas. Le stomatologue élargissait donc le site de l'ostéotomie. Le chirurgien, finalement, comprenait que la dent de sagesse inférieure droite n'était pas là et qu'il avait fait une erreur lorsqu'il avait examiné le dossier du patient plus tôt au moment de la planification de l'opération. De plus, l'assistant(e) dentaire avait affiché les clichés dans la mauvaise position, en inversant les parties droite et gauche de la bouche.

Questions
– Quels facteurs sont susceptibles d'avoir conduit le stomatologue à intervenir sur la mauvaise dent ?

– Qu'est-ce qui peut avoir conduit l'assistant(e) à placer le cliché de radiographie dans le mauvais sens ?
– Comment cette erreur aurait-elle pu être évitée ?

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

Outils et ressources documentaires

Outil d'évaluation du micro-système clinique
Batalden PB et al. Microsystems in health care: part 9. Developing small clinical units to attain peak performance. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 2003, 29:575–585 (http://clinicalmicrosystem.org/materials/publications/JQIPart9.pdf ; consulté le 20 février 2011).

Apprendre à améliorer les systèmes de santé complexes
Headrick LA. Learning to improve complex systems of care. In: *Formation collaborative pour garantir la sécurité du patient*. Washington, DC, Health Resources and Services Administration/Bureau of Health Professions, 2000: 75–88.

Stratégie organisationnelle
Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.

Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

Stratégies et formats d'enseignement

DVD interactif

L'atelier *Learning from Error* [apprendre des erreurs] de l'OMS inclut un DVD ou un fichier téléchargeable (www.who.int/patientsafety/education) sur l'administration de vincristine par voie intrathécale. On y voit un cas d'administration de vincristine par voie intrathécale et les problèmes systémiques qui ont contribué à la survenue de cet EIAS. Cet atelier vise à : accroître la sensibilisation aux risques de l'injection de la vincristine ; faire comprendre la nécessité de mettre l'accent sur la sécurité des patients dans les hôpitaux ; faire acquérir aux participants les compétences requises pour contribuer à la sécurité du patient et identifier les politiques et procédures locales permettant de rendre l'environnement de travail plus sûr. (Cet atelier pourrait servir à la plupart des modules de ce guide pédagogique).

Cours sur les systèmes et leur complexité

Discussion en petits groupes

Des discussions en petits groupes peuvent être organisées sur les différents niveaux caractérisant le système de votre établissement. Le groupe pourrait aborder un article professionnel en rapport, comme *The wrong patient* [19], avec un tuteur. Ou encore, le groupe peut choisir l'un des cas énoncés ci-dessus et en discuter en adoptant un point de vue systémique. Dans le cadre de cet exercice, le groupe pourrait discuter des rôles des différents membres de l'équipe.

Autres activités pour les étudiants

– Suivre un patient depuis son hospitalisation jusqu'à sa sortie et identifier toutes les étapes et les types de professionnels de santé impliqués dans son traitement.
– Organiser la réunion des étudiants en petits groupes en présence d'un tuteur pour discuter de leurs observations et de leurs conclusions.
– Aborder le rôle et les fonctions des personnes intervenant aux différents niveaux du système de santé.
– Visiter les parties de l'organisation les moins familières.
– Observer ou participer à une analyse des causes racines.

Évaluation des connaissances de ce module

Il peut être demandé à chaque étudiant de rédiger un compte-rendu de l'expérience d'un patient, que l'étudiant aura suivi tout au long de son traitement.

Plusieurs méthodes d'évaluation peuvent être utilisées pour ce module, notamment les QCM, les essais, les questions à réponse courte, les discussions de cas et les auto-évaluations. Pour favoriser efficacement la compréhension, vous pouvez demander à un étudiant ou un groupe d'étudiants de mener une discussion de groupe sur les différents niveaux du système de l'établissement dans lequel ils travaillent.

Évaluation de l'enseignement de ce module

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

Références

1. University of Washington Center for Health Sciences. *Best practices in patient safety education module handbook*. Seattle, Center for Health Sciences, 2005.
2. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. *National Patient Safety Education Framework*. Canberra, Commonwealth of Australia, 2005.
3. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health-care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
5. Reason JT. *L'erreur humaine*. Paris, Presse des Mines, Collection Économie et gestion, 2013.
6. Wu AW. Medical error: the second victim. *British Medical Journal*, 2000, 320:726–727.
7. Medical Event Reporting System for Transfusion Medicine (MERS-TM). Patient Safety and the "Just Culture": A Primer for Health Care Executives. Prepared by David Marx. New York: Columbia University, 2001.
8. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324:370-376.
9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare organizations, editor. Lexicon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Health Organizations; 1998.
10. Segen JC. Current Med Talk: A Dictionary of Medical Terms, Slang & Jargon. Stanford, CT: Appleton and Lange, 1995.
11. Reason JT. Managing the Risks of Organizational Accidents. Aldershof, UK: Ashgate, 1997.

12. Leape LL. Error in medicine. In: Rosenthal MM. Mulcahy L, Lloyd-Bostock S, eds. Medical Mishaps: Pieces of the Puzzle. Buckingham, UK: Open University Press, 1999, pp. 20-38.
13. Committee of Experts on management of Safety and Quality in Health care, Glossary of terms related to patient and medication safety - approved terms. Conseil de l'Europe. 2005.
14. Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.
15. Flin R, O'Connor P. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
16. Cooper N, Forrest K, Cramp P. *Essential guide to generic skills*. Oxford, Blackwell Publishing, 2006.
17. Veteran Affairs (US) National Center for Patient Safety (http://www.patientsafety.gov/ ; consulté le 24 mai 2011).
18. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *High reliability organization strategy*. Rockville, MD, AHRQ, 2005.
19. Chassin MR. The wrong patient. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:826–833.

Diaporamas pour le module 3 : Comprendre l'organisation des systèmes et l'effet de la complexité sur les soins en santé.

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

Les diaporamas du module 3 ont pour objectif d'aider le formateur à en transmettre le contenu. Ils peuvent être modifiés et adaptés à la culture et au contexte locaux. Les enseignants peuvent choisir de ne pas utiliser toutes les diapositives. Il est d'ailleurs préférable d'adapter ces dernières aux domaines couverts lors de la session de formation.

Module 4
Etre un membre efficace en équipe

Défaut de communication au sein d'une équipe soignante

Simon, un jeune homme de 18 ans, a été transporté à l'hôpital en ambulance. Il a été impliqué dans une bagarre et a été grièvement blessé à la tête lorsque celle-ci a heurté le sol. Les ambulanciers, très occupés, n'ont pas eu le temps de faire les transmissions aux professionnels de santé des urgences. Simon n'était pas capable de prononcer son nom ni de s'exprimer clairement lors de son premier examen par l'infirmière de triage puis un médecin. Le médecin de garde, un interne, était sorti de la Faculté de médecine depuis quelques semaines seulement. Il n'avait pas de superviseur cette nuit-là. Ni lui ni le personnel infirmier n'ont pris la pleine mesure de la gravité de la blessure à la tête de Simon.

Simon avait bu et l'interne a pensé qu'il était simplement ivre, diagnostic appuyé par le comportement bagarreur et agressif du jeune homme. Cependant, ce type de symptômes peut aussi indiquer un grave traumatisme crânien. Un antinauséeux a été prescrit et Simon a été placé sous observation. A plusieurs reprises, les infirmiers et l'interne ont testé séparément ses réponses motrices et verbales.

Au fil des heures, le personnel infirmier a consigné une détérioration de son état dans le dossier clinique mais ne l'a pas signalée directement à l'interne. Malheureusement, l'interne comptait sur les communications verbales et n'a pas prêté suffisamment attention au dossier. Simon est décédé 4h30 après son admission.

Source : National Patient Safety Education Framework, Commonwealth of Australia, 2005.

Introduction–Pourquoi le travail en équipe est un élément essentiel pour la sécurité des patients

Un travail d'équipe efficace dans la dispensation des soins peut avoir un impact positif et immédiat sur la sécurité des patients [1]. Il est de plus en plus important de pouvoir compter sur des équipes efficaces dans le domaine de la santé en raison des facteurs suivants : (i) l'augmentation de la complexité et de la spécialisation des soins ; (ii) les comorbidités en hausse ; (iii) l'incidence croissante des maladies chroniques ; (iv) la pénurie générale de main d'œuvre ; (v) les initiatives en matière de sécurisation des horaires de travail.

La prise en charge d'une femme enceinte diabétique qui développe une embolie pulmonaire est un exemple type de soins complexes impliquant plusieurs équipes. L'équipe soignante peut inclure des infirmier(ère)s, une sage-femme, un obstétricien, un endocrinologue et un pneumologue ainsi que la femme enceinte elle-même. De plus, les professionnels de santé qui la suivent la journée ne sont pas les mêmes que ceux qui s'occupent d'elle la nuit et le week-end. Dans un grand centre hospitalier universitaire, on compte des équipes de médecins dans chaque spécialité et profession, qui doivent tous coordonner les soins les uns avec les autres, –mais aussi avec le personnel infirmier, les pharmaciens ainsi que les autres professionnels paramédicaux et l'équipe de soins primaires de la patiente. Dans un lieu où les ressources sont limitées, l'équipe pourrait n'être composée que d'un(e) infirmier(ère), d'une sage-femme, d'un médecin et de la femme enceinte, mais il n'en demeure pas moins important qu'ils agissent de manière coordonnée et veillent à bien communiquer les uns avec les autres à tout moment.

De nombreux étudiants savent en quoi consiste l'équipe médicale typique d'un hôpital de grande taille. Il s'agit d'une équipe médicale qui va des médecins les plus expérimentés aux plus novices. Du point de vue du patient, l'équipe ne se limite pas à l'équipe médicale mais est plus large. Elle inclut aussi

le personnel infirmier, les professionnels paramédicaux et le personnel de service qui s'occupent de lui et le soignent.

Ce module part du principe qu'au début de leur programme de formation, les étudiants n'ont généralement pas eu l'occasion de travailler personnellement au sein d'une équipe soignante et qu'ils connaissent assez mal la composition d'une telle équipe et son mode de fonctionnement efficace. Nous allons nous appuyer sur les expériences passées des étudiants en matière de travail d'équipe puis nous nous pencherons sur les équipes qu'ils seront amenés à intégrer.

Mots-clés
Équipe, valeurs, présupposés, rôles et responsabilités, styles d'apprentissage, compétences d'écoute, résolution de conflits, leadership, communication efficace.

Objectifs d'apprentissage

Les étudiants ont besoin de comprendre l'importance du travail en équipe et comment être un membre efficace en équipe. Il leur faudra réaliser qu'en tant qu'étudiant, ils participeront à plusieurs équipes soignantes.

Acquis de l'apprentissage : connaissances théoriques et pratiques

Connaissances théoriques

Les connaissances requises pour ce module incluent une compréhension générale des différents types d'équipes dans le domaine de la santé, de la façon dont les équipes améliorent les soins dispensés aux patients, de la manière dont les équipes se forment et développent les caractéristiques d'une équipe et d'un leadership efficaces, les techniques de communication au sein des équipes soignantes, les techniques de résolution de désaccords et de conflits, les obstacles à un travail d'équipe efficace et les méthodes d'évaluation des performances d'une équipe.

Connaissances pratiques

L'application des principes de travail en équipe suivants améliorera l'efficacité des soins de santé.

- Etre conscient que ses propres valeurs et présupposés peuvent avoir une incidence sur ses interactions avec les autres. Ceci est particulièrement important lorsque les patients et le personnel viennent de cultures différentes.
- Etre attentif aux autres membres de l'équipe et à la manière dont les facteurs psychosociaux peuvent affecter les interactions au sein de l'équipe.
- Etre conscient de l'impact du changement sur les équipes.
- Inclure le patient dans l'équipe, ainsi que sa famille le cas échéant.
- Utiliser des techniques de communication appropriées.
- Utiliser des techniques de soutien mutuel.
- Résoudre les conflits.
- Etre ouvert au changement et observer les comportements.

Présentation des équipes soignantes

Qu'est-ce qu'une équipe ?

La nature des équipes est variée et complexe. En santé, l'équipe la plus efficace du point de vue du patient est multidisciplinaire, mais les équipes peuvent être issues d'un seul et même groupe professionnel. Les membres d'une équipe peuvent travailler en étroite collaboration sur un même lieu de travail ou être dispersés géographiquement. Certaines équipes comptent un nombre fixe de membres tandis que la composition d'autres équipes peut changer fréquemment. Les chorales, les équipes de sport, les unités militaires, les équipages d'avion et les équipes d'intervention d'urgence sont autant d'exemples d'équipes. Dans le secteur de la santé, les environnements de prise en charge des patients peuvent être divers et variés : –à domicile, dans des centres de soins, de petits hôpitaux ou de grands centres hospitaliers universitaires. Dans chacun de ces lieux, la capacité des membres de l'équipe à communiquer les uns avec les autres et avec le patient déterminera l'efficacité des soins et du traitement. Les sentiments qu'ils nourrissent à l'égard de leur travail joueront également un rôle en la matière.

Indépendamment de leur nature, on peut dire des équipes soignantes qu'elles partagent certaines caractéristiques communes. Ainsi, les membres d'une équipe :

- connaissent leur rôle et les rôles des autres membres et interagissent les uns avec les autres en vue d'atteindre un objectif commun [2] ;
- prennent des décisions [3] ;
- possèdent des connaissances et compétences spécialisées et assument souvent une charge de travail importante [4,5] ;
- agissent comme un « individu collectif », du fait de l'interdépendance des tâches réalisées par chacun des membres de l'équipe [6]. Une équipe se distingue d'autre groupes qui peuvent réunir des personnes de différents horizons dans un but précis et ne sont pas sur le terrain pour prodiguer des soins aux patients.

Salas définit une équipe comme :

- un ensemble identifiable de deux personnes ou plus qui interagissent de manière dynamique, interdépendante et adaptée vers un but/un objectif/une mission commun(e) et valorisé(e), qui se sont chacune vu affecter des rôles et fonctions spécifiques et dont la durée du mandat au sein de l'équipe est limitée [7].

Les professionnels de santé sont amenés à siéger dans de nombreux comités, créés pour aider la direction à gérer les problèmes ou la planification ; ce ne sont pas des équipes.

Différents types d'équipes en santé

Il existe de nombreux types d'équipes dans le secteur de la santé. Il peut s'agir de centres de soins ruraux, de centres de santé maternelle et infantile, d'équipes de salle d'accouchement, de services de soins intensifs, de services médicaux, d'équipes de soins primaires travaillant au sein de la collectivité, d'équipes constituées pour une tâche spécifique, comme les équipes d'intervention d'urgence, et d'équipes multiprofessionnelles, telles que les équipes pluridisciplinaires en cancérologie, qui se réunissent pour planifier et coordonner les soins d'un patient.

Une équipe peut être regroupée au même endroit, dans un centre de soins rural ou un hôpital, par exemple, ou ses membres peuvent exercer dans des lieux différents, comme cela peut-être le cas pour une équipe multidisciplinaire en cancérologie ou une équipe de soins primaires. Une équipe peut inclure une seule discipline ou impliquer des professionnels issus de plusieurs disciplines différentes, y compris du personnel administratif ; il convient toujours de considérer le patient comme un membre de l'équipe. Les rôles joués par ces professionnels varieront entre les équipes et au sein d'une même équipe selon les moments. Dans une équipe, les rôles des individus sont souvent caractérisés par une certaine souplesse et amenés à évoluer selon les circonstances. Par exemple, la direction de l'équipe peut changer en fonction de l'expertise requise.

En appui aux soins centrés sur le patient et à la sécurité des patients, les patients et leur entourage sont de plus en plus souvent considérés comme des membres actifs de l'équipe soignante. Si impliquer le patient dans l'équipe est important pour partager la prise de décision et obtenir le consentement éclairé, cela permet en outre d'améliorer la sécurité et la qualité des soins, car le patient est une précieuse source d'information, étant le seul membre de l'équipe à être présent à tout moment au cours des soins. Il est aussi celui qui connaît le mieux son ressenti face à la maladie ou à son problème de santé.

Le programme TeamSTEPPS [8] élaboré aux États-Unis identifie plusieurs types d'équipes différentes, mais étroitement liées, qui interviennent en appui aux soins et dans la dispensation de ces derniers.

Équipe de base

L'équipe de base est composée d'un chef d'équipe et de membres qui sont directement impliqués dans les soins du patient. Elle inclut les prestataires de soins directs comme les infirmier(ère)s, les pharmaciens, les médecins, les dentistes, les assistants et, bien sûr, le patient ou un membre de son entourage. Ces membres travaillent dans le centre de soins ou le service de soins de l'établissement. L'équipe de base inclut aussi des professionnels assurant la continuité des soins -à savoir les personnes qui prennent en charge le patient de son examen initial à sa sortie, par exemple, les gestionnaires de cas. L'équipe de base peut changer souvent, mais réunit généralement un médecin et un(e) infirmier(ère) et, peut aussi inclure, en fonction du domaine de soins de santé, le kinésithérapeute, le dentiste et/ou le pharmacien.

Équipe de coordination

L'équipe de coordination est le groupe responsable de la gestion opérationnelle au quotidien, des fonctions de coordination et de la gestion des ressources pour les équipes de base. C'est souvent le personnel infirmier qui assure ce type de rôles de coordination à l'hôpital. Dans les centres de soins et établissements ruraux, l'équipe de coordination peut comprendre les responsables des services de santé, des infirmier(ère)s, des médecins et d'autres professionnels de santé.

Équipes contingentes

Des équipes contingentes sont constituées pour intervenir en cas d'urgence ou d'événements spécifiques (les équipes de réanimation, les équipes d'intervention et de secours en cas de catastrophe, les équipes d'urgences obstétricales, les équipes d'intervention rapide). Les membres d'une équipe contingente sont issus de plusieurs équipes de base différentes.

Services auxiliaires

L'équipe des services auxiliaires se compose de personnes telles que les agents d'entretien ou le personnel auxiliaire qui apportent des soins directs, spécifiques et limités dans le temps aux patients ou fournissent des services facilitant les soins des patients. Les membres de ces équipes ne sont généralement pas basés là où les patients reçoivent les soins courants.

Les équipes de services auxiliaires sont principalement des équipes de service ayant pour mission d'intervenir en soutien de l'équipe de base. Cela ne signifie pas pour autant qu'elles ne doivent pas partager un but commun. La réussite d'une intervention chirurgicale requiert des informations précises sur l'alimentation : si le patient doit être à jeun, des instructions en ce sens doivent être données ; il faut veiller par exemple à ce que le patient ne reçoive pas par inadvertance d'aliments susceptibles d'entraîner des réactions allergiques. En règle générale, les équipes de services auxiliaires fonctionnent de manière indépendante. Mais elles peuvent dans certains cas être considérées comme faisant partie intégrante de l'équipe de base.

Services supports

Une équipe de services supports se compose de personnes qui fournissent des services indirects et spécifiques dans un établissement de soins. Les membres de cette équipe axée sur le service contribuent à optimiser le parcours de soins pour les patients et leurs familles. Leurs rôles sont intégrés dans la mesure où ils gèrent l'environnement, les actifs et la logistique au sein de l'établissement. Les services

supports se composent principalement d'une équipe fournissant des services et ayant pour mission de créer un environnement de soins propre, confortable, sans danger et efficace, qui a une incidence sur l'équipe soignante du patient, l'image du service, l'efficacité opérationnelle et la sécurité des patients.

Administration
L'administration inclut la direction d'une unité ou d'un établissement qui est responsable 24h/24 du fonctionnement général et de la gestion de l'organisation. Elle façonne un climat et une culture propices à un système de travail en équipe en instaurant et communiquant une vision, en élaborant et appliquant des politiques et en fournissant les ressources nécessaires à leur mise en œuvre efficace, en fixant les attentes concernant le personnel (rôles et responsabilités), en tenant les équipes responsables de leurs résultats, et en définissant la culture de l'organisation.

Comment le travail en équipe améliore les soins dispensés aux patients 10
Dans le secteur de la santé, le clinicien était traditionnellement considéré comme le seul et unique responsable des soins et du traitement d'un patient. Mais de nos jours, il est rare qu'un patient ne soit pris en charge que par un seul professionnel de santé. Dans le cadre d'un système de santé complexe, il est admis pour la sécurité des patients, que le travail en équipe est essentiel pour 1) limiter les événements indésirables résultant d'une mauvaise communication avec les autres personnes qui s'occupent du patient et 2) les malentendus concernant les rôles et responsabilités. Les patients ayant un intérêt direct dans leurs propres soins doivent eux aussi être intégrés dans le circuit de communication. Il a été montré que leur implication contribue à limiter les erreurs et les événements indésirables potentiels.

Le lien entre les compétences non techniques, telles que le travail en équipe, et les événements indésirables est désormais bien établi [9,10], tout comme la charge croissante des maladies chroniques, des comorbidités et des populations vieillissantes. Ces problématiques nécessitent une approche de soins coordonnée et multidisciplinaire [11].

Dans une analyse majeure sur la formation au travail en équipe, Baker *et al.* [1] ont affirmé que former les professionnels de santé en tant qu'équipe «*constitue une stratégie efficace et pragmatique pour renforcer la sécurité des patients et réduire les erreurs médicales*».

Le travail en équipe a été associé à de meilleurs résultats dans des domaines tels que les soins primaires [12] et la cancérologie [13], ainsi qu'à une diminution des erreurs médicales [14, 15]. Comme résumé dans le tableau B.4.1, améliorer le travail en équipe peut avoir des impacts positifs qui vont au-delà des résultats pour le patient et sa sécurité, qu'il s'agisse de bénéfices individuels pour les professionnels au sein de l'équipe comme pour l'équipe dans son ensemble et l'organisation dans laquelle elle évolue [11].

Tableau B.4.1. Mesures pour un travail d'équipe efficace

Résultats mesurables d'un travail d'équipe efficace

		Bénéfices individuels	
Bénéfices organisationnels	*Bénéfices pour l'équipe*	*Patients*	*Membres de l'équipe*
Diminution de la durée et des coûts d'hospitalisation	Meilleure coordination des soins	Meilleure satisfaction à l'égard des soins	Meilleure satisfaction au travail
Diminution des admissions imprévues	Utilisation efficace des services de santé	Acceptation du traitement	Rôles plus clairs
Meilleure accessibilité pour les patients	Meilleure communication et plus grande diversité professionnelle	Meilleurs résultats de santé et qualité des soins Diminution des erreurs médicales	Amélioration du bien-être

Source : Adapté de Mickan SM, Rodger SA. *Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions.* Journal of Interprofessional Care, 2005 [16].

Formation et développement des équipes 11
Des recherches considérables ont été menées sur la constitution et le développement des équipes dans d'autres secteurs à enjeux majeurs. Comme indiqué dans le Tableau B.4.2, le développement d'une équipe s'articule en 4 étapes : la formation, la confrontation, la normalisation et l'exécution [17].

Tableau B.4.2. Étapes de développement d'une équipe (forming, stroming, norming, performing)

Étape	Définition
Forming	Généralement caractérisée par l'ambiguïté et la confusion. Les membres de l'équipe n'ont pas forcément choisi de travailler ensemble et peuvent être sur leurs gardes, communiquer de manière superficielle et impersonnelle. La tâche qui leur incombe n'est pas toujours claire pour eux.
Storming	Une phase difficile où des conflits peuvent surgir entre les membres de l'équipe et une rébellion naître face aux tâches attribuées. Les membres de l'équipe peuvent jouer des coudes pour occuper les postes de pouvoir et une certaine frustration peut se faire sentir car la tâche n'avance pas.
Norming	Une communication ouverte entre les membres de l'équipe est désormais établie et l'équipe commence à se confronter à la tâche qui lui a été confiée. Des modes de communication et procédures généralement acceptés sont en place.
Performing	L'équipe concentre toute son attention sur la réalisation des objectifs. Elle est désormais soudée et d'un grand soutien, ouverte et confiante, pleine de ressources et efficace.

Source : Adapté de Flin RH, O'Connoer P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*, 2008 [18].

Comme dans d'autres secteurs, de nombreuses équipes soignantes, telles que les équipes d'urgence ou les équipes chirurgicales, doivent travailler ensemble et être parfaitement opérationnelles sans avoir le temps de nouer de relations interpersonnelles et sans passer par les phases de formation et de normalisation décrites ci-dessus [18]. Il est par conséquent important que les professionnels de santé sachent comment être un membre d'équipe efficace avant de rejoindre l'équipe. Les caractéristiques d'une équipe efficace sont décrites dans la section suivante.

Caractéristiques d'une équipe efficace

Il existe de nombreux modèles décrivant un travail d'équipe efficace. Historiquement, ils proviennent d'autres secteurs, tels que le management en équipe des ressources humaines (Crew Resource Management - CRM) dans l'aviation. L'encadré B.4.1 présente les principales caractéristiques du management en équipe des ressources humaines développé dans l'industrie de l'aviation.

Encadré B.4.1. Résumé du management en équipe des ressources humaines (CRM)

L'application du management en équipe des ressources humaines en santé

Le management en équipe des ressources humaines aussi appelé CRM a été élaboré par le secteur de l'aviation pour améliorer les communications dans le cockpit et mettre en œuvre des systèmes de prise de décision centrés sur l'équipe. Il se définit essentiellement comme une méthode consistant à « utiliser toutes les ressources disponibles (renseignements, équipement et personnel) pour assurer la sécurité et l'efficacité des opérations de vol ». (The National Transportation Safety Board, États-Unis). Cette méthode a été utilisée en santé afin d'améliorer le travail en équipe, les communications et d'autres processus liés à la sécurité.

Les équipes soignantes prennent de nombreuses formes : certaines sont très stables, mais d'autres le sont beaucoup moins et leur composition change souvent. Chaque membre de l'équipe a un niveau de connaissances et de compétences différent, auquel il faut s'adapter. Mickan et Roger [16] ont décrit la liste suivante de caractéristiques simples, propres aux équipes soignantes efficaces, indépendamment de leur niveau de stabilité.

But commun Les membres de l'équipe génèrent un but commun et clairement défini caractérisé par des intérêts collectifs et un sentiment de responsabilité partagée.

Objectifs mesurables Les équipes fixent des objectifs mesurables et axés sur la tâche de l'équipe.

Leadership efficace Les équipes ont besoin d'un leadership efficace qui fixe et maintient les structures, gère les conflits, est à l'écoute des membres, leur fait confiance et leur apporte son soutien. Les auteurs ont aussi souligné l'importance d'un partage consensuel des fonctions de leadership par les membres de l'équipe.

Communication efficace Les bonnes équipes soignantes partagent des idées et des informations rapidement et régulièrement, conservent des archives écrites et consacrent du temps à la réflexion en équipe. Certaines des analyses les plus approfondies de la communication au sein d'équipes interprofessionnelles (couvrant plusieurs disciplines et pas seulement des spécialités médicales) se sont concentrées sur les équipes à enjeux élevés, telles que les équipes chirurgicales [19, 20].

Bonne cohésion
Une équipe unie se caractérise par l'engagement et l'esprit d'équipe remarquables qui se dégagent d'elle. Elle a une plus grande longévité car ses membres souhaitent continuer à travailler ensemble.

Respect mutuel
Dans une équipe efficace, les membres respectent les talents et les convictions des uns et des autres, ainsi que leurs contributions professionnelles. Une équipe efficace accepte et encourage la diversité d'opinion entre ses membres.

Autres exigences
Pour qu'une équipe soit efficace, elle doit satisfaire à d'autres exigences [8, 18, 21], dont :
- la maîtrise individuelle des tâches (aussi bien concernant les compétences techniques personnelles que les compétences en termes de travail en équipe) ;
- la motivation pour accomplir les tâches ;
- l'adaptabilité ;
- la capacité à suivre ses propres performances ;
- la résolution efficace des conflits et la capacité à en tirer des enseignements ;
- l'engagement dans la surveillance de la situation.

Leadership

Un leadership performant est une caractéristique déterminante pour l'efficacité d'une équipe. Un chef d'équipe efficace facilite, coache et coordonne les activités des autres membres de l'équipe. Pour ce faire, il doit :
- accepter le rôle de leader ;
- demander de l'aide le cas échéant ;
- monitorer en permanence la situation ;
- fixer les priorités et prendre des décisions ;
- utiliser les ressources pour maximiser les performances ;
- résoudre les conflits de l'équipe ;
- équilibrer la charge de travail au sein de l'équipe ;
- déléguer les tâches ou confier des missions ;
- conduire des briefings, des réunions en petit comité et des débriefings ;
- inviter les membres de l'équipe à s'exprimer librement et à poser des questions ;
- organiser des activités de formation et d'amélioration pour l'équipe ;
- être une source d'inspiration pour les autres membres de l'équipe et maintenir une culture de groupe positive ;
- veiller à ce que l'équipe maintienne le cap et obtienne les résultats escomptés.

Considérer le patient comme un membre de l'équipe soignante est un concept nouveau. Traditionnellement, il occupait un rôle plus passif , en tant que bénéficiaire des soins. Mais nous savons que les patients apportent leurs propres compétences et connaissances sur leur état de santé et leur maladie. Les étudiants peuvent commencer à prendre des initiatives en ce sens en essayant d'inclure autant que possible les patients et leurs familles. Il est possible d'établir un contact visuel avec les patients, de vérifier et de confirmer des informations ou d'obtenir des renseignements supplémentaires lors d'une visite des patients ou d'une consultation clinique. Il convient d'inclure le patient dans la procédure de vérification visant à garantir que les bonnes informations sont, dans leur intégralité, à la disposition de tous les membres de l'équipe.

Techniques de communication pour les équipes soignantes

Pour citer la formule célèbre de l'auteur anglo-irlandais Gorge Bernard Shaw : « le seul vrai problème en communication est l'illusion qu'elle a été établie ». De bonnes compétences de communication sont l'essence même de la sécurité des patients et d'un travail d'équipe efficace. Les stratégies suivantes peuvent aider les membres de l'équipe à partager précisément les informations et à garantir que l'accent soit bien mis sur les informations à communiquer. Il a récemment été montré que l'utilisation d'un outil appelé SAED (**S**ituation, **A**ntécédents, **E**valuation, **D**emande) permet d'améliorer l'orientation téléphonique par les étudiants en médecine dans un environnement simulé.

La description et les exemples de cas suivants sont tirés du programme TeamSTEPPS™ [8]. et adaptés par la HAS (http://has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante).

SAED
SAED est une technique permettant de communiquer les informations essentielles sur les préoccupations à l'égard d'un patient qui nécessite une prise en charge et un traitement immédiats. Elle vise à assurer que les bonnes informations et le bon niveau de préoccupation sont communiqués au cours d'un échange entre professionnels de santé.

***S**ituation*
Quelle est la situation actuelle en ce qui concerne le patient ?
« Je m'appelle Mary Smith, l'infirmière qui suit Mme Joseph, salle 4 , lit n° 5. J'appelle à propos de Mme Joseph, chambre 251. Elle se plaint principalement d'une dyspnée d'apparition récente. »

***A**ntécédents*
Quels sont les antécédents utiles, liés au contexte ?
« La patiente est une femme de 62 ans. Il s'agit du 1er jour post-opératoire après une chirurgie abdominale. Elle ne présente aucun antécédent de maladie cardiaque ou pulmonaire. »

***E**valuation*
Quelle est mon évaluation de l'état actuel du patient ?

« Les bruits respiratoires sont diminués côté droit et la patiente dit avoir mal. J'aimerais éliminer un pneumothorax. »

***D**emande*
Quelle est ma demande ?
« Je crois vraiment que la patiente devrait être examinée maintenant. Pouvez-vous venir immédiatement ? » Si le membre de l'équipe soignante n'est pas satisfait de la réponse à sa demande d'examen immédiat, il devrait demander de l'aide ou des conseils à une autre personne plus expérimentée.

Annonces

Les annonces sont le moyen de communiquer les informations importantes ou critiques à tous les membres de l'équipe simultanément lors de situations nouvelles. Cette technique aide les membres de l'équipe à anticiper les étapes suivantes et à confier à une personne donnée la responsabilité de poursuivre la tâche. Voici un exemple d'annonce entre un chef d'équipe et un interne.

Chef d'équipe : *Voies aériennes ?*
Interne : *Voies aériennes dégagées.*
Chef d'équipe : *Bruits respiratoires ?*
Interne : *Bruits respiratoires diminués côté droit.*
Chef d'équipe : *Tension artérielle ?*
Interne : *TA 96/92.*

Communication en boucle fermée

Voici une technique simple pour garantir que les informations énoncées par l'expéditeur sont bien comprises par le destinataire [23] :

Étape 1 : L'expéditeur initie le message.
Étape 2 : Le destinataire accepte le message et en répète le contenu.
Étape 3 : L'expéditeur vérifie l'exactitude du message répété pour confirmer qu'il a été bien compris.

Médecin : *Administrez 20 mg de Prednisolone en bolus IV.*
Infirmier(ère) : *20 mg de Prednisolone en bolus IV ?*
Médecin : *Oui.*

Transmissions ou changement d'équipe

Les transmissions ou le changement d'équipe sont un moment où la précision de l'échange d'informations est cruciale. Les erreurs de communication peuvent conduire à une mauvaise prise en charge des patients et à des évènements indésirables. Les transmissions correspondent au transfert des responsabilités professionnelles de tout ou partie des soins d'un patient ou d'un groupe de patients à une autre personne ou à un autre groupe de professionnels, temporairement ou de façon permanente. *La stratégie "I pass the baton"* (je passe le témoin) contribue à faciliter des transmissions précises et en temps utile.

I	Introduction (présentation)	Se présenter, préciser son rôle et sa profession ainsi que le nom du patient
P	Patient	Nom, identifiant, âge, sexe, lieu
A	Assessment (évaluation)	Présenter la plainte principale, les signes vitaux, les symptômes et le diagnostic
S	Situation	État actuel, circonstances, directives anticipées, degré de certitude (/d'incertitude), changements récents et réponse au traitement
S	Safety concerns (préoccupations relatives à la sécurité)	Résultats de laboratoires/dossiers essentiels, facteurs socio-économiques, allergies et alertes (chute, isolement, etc.)
The		
B	Background (antécédents)	Comorbidités, épisodes précédents, traitement actuel et antécédents familiaux
A	Actions	Quelles mesures ont été prises ou sont nécessaires ? Fournir une brève justification
T	Timing	Niveau d'urgence, calendrier explicite et priorisation des actions
O	Ownership (appropriation)	Identifier qui est responsable (personne/équipe), y compris le patient/la famille
N	Next (ensuite)	Que se passera-t-il ensuite ? Changements attendus ? Comment y répondra-t-on ? Y a-t-il un plan B ?

Résolution des désaccords et des conflits

La capacité à résoudre les conflits et les désaccords au sein de l'équipe est cruciale pour la réussite du travail en équipe. Cela peut être particulièrement délicat pour les membres les moins expérimentés de l'équipe, tels que les étudiants, ou dans des équipes très hiérarchisées par nature.

Il est toutefois important que tous les membres de l'équipe se sentent libres de signaler tout élément qui pourrait selon eux avoir une incidence sur la sécurité d'un patient.

Les protocoles suivants ont été élaborés en vue d'aider les membres d'une équipe à exprimer leurs préoccupations en les classant.

Sécurité psychologique

C'est le degré auquel les professionnels de santé estiment que leur environnement de travail est susceptible de conduire à prendre des risques interpersonnels [24].

Règle des deux défis

La règle des deux défis vise à habiliter tous les membres de l'équipe à mettre un terme à une action s'ils estiment ou découvrent qu'elle est associée à un défaut de sécurité important. Il arrive parfois que l'on essaie de signaler quelque chose à un membre de l'équipe mais que cet avertissement soit ignoré ou écarté sans avoir été examiné sérieusement. Dans ce cas, la personne doit faire entendre ses préoccupations en les reformulant au moins une deuxième fois si la première interpellation est restée sans réponse (d'où ladite règle des deux défis). Ces deux tentatives peuvent émaner de la même personne ou de deux membres de l'équipe :

La première interpellation devrait prendre la forme d'une question.
Infirmier(ère) : *Je m'inquiète pour Mme Jones, lit 23. Elle n'a pas l'air bien et ses symptômes sont différents de ceux qu'elle présente habituellement. Pouvez-vous l'examiner ?*

La deuxième interpellation devrait fournir des arguments étayant les préoccupations du membre de l'équipe.
Infirmier(ère) : *Je suis vraiment inquiète pour Mme Jones. Ses symptômes sont préoccupants. Je pense qu'elle doit être examinée sans attendre.*

N'oubliez pas qu'il s'agit d'argumenter en faveur du patient. La règle des deux défis vise à garantir que l'inquiétude exprimée a été bien entendue, comprise et reconnue.

Le membre de l'équipe interpellé doit tenir compte de ces préoccupations.
Médecin : *D'après ce que vous dites, vous avez l'air très inquiet(ète) pour Mme Jones. Je vais la voir tout de suite.*

Si cela n'aboutit pas à un changement ou si la réaction obtenue n'est toujours pas acceptable, alors la personne qui signale un problème doit prendre des mesures plus fortes et s'adresser à un cadre ou au supérieur direct dans la chaîne hiérarchique.

CUS

CUS est l'abréviation désignant un processus en trois étapes visant à aider une personne à mettre fin à une activité problématique.

I am	**C**oncerned (je suis préoccupé)
I am	**U**ncomfortable (je suis mal à l'aise)
This is a	**S**afety issue (c'est une question de sécurité)

La méthode DESC

DESC décrit un processus constructif de résolution des conflits. L'objectif est de parvenir à un consensus.
Décrire la situation ou le comportement spécifique et fournir des données ou éléments de preuves concrets.
Exprimer son ressenti face à la situation ainsi que ses préoccupations.
Suggérer des alternatives et rechercher un accord.
Les **C**onséquences devraient être énoncées en termes d'effets sur les objectifs définis de l'équipe ou la sécurité des patients.

Obstacles à un travail d'équipe efficace

Le chemin vers l'instauration et le maintien d'un travail d'équipe efficace dans le secteur de la santé est semé d'embûches. Certains de ces obstacles sont décrits ci-après.

Changements de rôles

Dans de nombreux environnements de soins on constate une transformation importante et un glissement des tâches dévolues aux différents professionnels de santé. Entre autres exemples de ces glissements citons des responsabilités excessives qui pourraient être attribuées à des sages-femmes, des manipulateurs qui interpréteraient des clichés radios, des infirmiers qui prendraient une part active dans la réalisation de colonoscopies, des assistants dentaires qui réaliseraient des extractions et des couronnes et des préparateurs en pharmacie qui feraient des prescriptions. Ces fluctuations dans l'attribution des tâches peuvent poser problème aux équipes en ce qui concerne la répartition et la reconnaissance des rôles de chacun. Si dans certains cas (urgence, circonstances exceptionnelles) il s'avère nécessaire d'inclure dans l'équipe des membres pour réaliser des taches auxquelles ils n'auraient pas été formés, ils doivent être encadrés avec la plus grande attention mais aussi soutenus comme des membres de l'équipe à part entière.

Évolutions dans les structures de soins

La nature des soins change de bien des manières. Ainsi, les maladies chroniques sont de plus en plus souvent prises en charge en soins de ville et de nombreuses interventions chirurgicales sont transférées vers des centres de soins ambulatoires. Ces évolutions supposent la création de nouvelles équipes et la modification des équipes existantes.

Hiérarchie et équipe de soins

Le secteur de la santé est très hiérarchisé par nature, ce qui peut s'avérer contre-productif et nuire au bon fonctionnement et à l'efficacité des équipes au sein desquelles le point de vue de tous les membres doit être pris en considération ; le chef d'équipe n'est pas nécessairement médecin.

Si l'importance du travail en équipe dans le secteur de la santé est de plus en plus reconnue, cela ne s'est toutefois pas traduit par une évolution des pratiques, notamment dans les pays où les normes culturelles de communication ne poussent pas naturellement au travail en équipe.

Nature individualiste des soins de santé
De nombreuses professions de santé, comme les soins infirmiers, la chirurgie dentaire et la médecine, reposent sur une relation singulière autonome entre le professionnel et le patient. Si cette relation reste une valeur essentielle, elle est remise en cause par de nombreux concepts du travail d'équipe et des soins partagés. On le voit à différents niveaux, allant des cliniciens qui ne veulent pas partager les soins de leurs patients aux implications médico-légales des soins en équipe.

Instabilité des équipes
Comme indiqué précédemment, les équipes soignantes sont souvent transitoires par nature, et se réunissent pour une tâche ou un événement spécifique (les équipes de réanimation, par exemple). Le caractère éphémère de ces équipes souligne l'importance capitale de la qualité de l'entraînement des membres qui la constituent, ce qui soulève des problèmes particuliers dans le secteur de la santé, où l'on ne prête souvent pas suffisamment attention à l'éducation et à la formation, les professionnels de santé étant concentrés sur la délivrance des soins.

Accidents dans d'autres secteurs d'activité 18
L'analyse d'incidents de grande envergure, comme les catastrophes aériennes, a permis d'identifier trois types principaux de défaillances du travail en équipe contribuant aux accidents, à savoir : une définition des rôles ambiguë, le manque de coordination explicite et d'autres défauts de communication [18, 25].

Évaluation des performances d'une équipe 19
Évaluer une équipe est une étape importante pour en améliorer les performances. Il existe plusieurs types de mesures permettant d'évaluer le travail en équipe [18, 26, 27]. Une équipe peut être évaluée dans le cadre d'une simulation, par observation directe en situation réelle ou au moyen d'exercices de travail en équipe, comme ceux décrits dans les prochaines sections sur l'enseignement du travail en équipe.

Il est possible d'évaluer la performance individuelle au sein d'une équipe ou l'équipe dans son ensemble. L'évaluation peut être réalisée par un expert ou par les pairs.

Une analyse des styles d'apprentissage ou des compétences en résolution de problème qu'apportent individuellement les membres au travail d'équipe peut être utile après l'évaluation des performances de l'équipe [28].

Résumé des connaissances requises 20
Un travail d'équipe efficace ne coule pas de source. Il faut connaître les caractéristiques des équipes performantes, le fonctionnement des équipes et les méthodes permettant de pérenniser un fonctionnement d'équipe efficace. Différents outils ont été élaborés pour promouvoir la communication au sein de l'équipe et les performances de cette dernière, dont les méthodes SAED, les annonces, les vérifications et la technique « I pass the baton ».

Ce dont les étudiants ont besoin pour appliquer les principes du travail en équipe 21 22 23

Les étudiants peuvent appliquer les principes du travail en équipe dès le début de leur formation. De nombreux programmes d'études en santé reposent sur l'apprentissage basé sur la résolution de problèmes ou impliquent des discussions en petit groupe au cours desquelles les étudiants travaillent ensemble en équipe pour acquérir des connaissances et résoudre des problèmes. Au travers de ces activités, ils peuvent commencer à comprendre comment fonctionne une équipe et ce qui en fait un groupe d'apprentissage efficace. S'exercer à partager des informations, des ouvrages et des notes de cours prépare à échanger des informations sur les patients ou usagers.

Etre conscient que ses propres valeurs et présupposés peuvent avoir une incidence sur les interactions avec les autres membres de l'équipe.
Les étudiants apprennent en observant comment différents professionnels de santé interagissent les uns avec les autres. Ils constateront qu'une équipe peut être composée de nombreuses personnalités et de styles de pratique très différents les uns des autres sans que cela nuise nécessairement à son efficacité. Au contraire, les forces et faiblesses complémentaires des différents membres de l'équipe peuvent faciliter la délivrance de soins de haute qualité en toute sécurité.

Etre attentif aux rôles des membres de l'équipe et à la manière dont les facteurs psychosociaux affectent les interactions au sein de l'équipe, et reconnaître l'effet du changement sur les membres de l'équipe
Il est souvent difficile pour les étudiants (et même les cliniciens en exercice) d'apprécier les différents rôles que jouent les professionnels de santé au sein des équipes, ou comment celles-ci réagissent au changement ou aux facteurs psychosociaux. Les étudiants peuvent être encouragés à réaliser des observations structurées des équipes, à analyser les rôles qu'occupent les différentes personnes et la corrélation entre la répartition de ces rôles, d'une part, et les caractéristiques personnelles et les professions des membres, d'autre part. Ils peuvent être incités à discuter avec plusieurs membres de l'équipe de leur expérience du travail en équipe. Les professeurs peuvent s'assurer en personne que les étudiants sont inclus dans des équipes dans lesquelles

ils se voient confier un rôle pour qu'ils aient la possibilité d'observer ces processus de l'intérieur. Il est primordial que tous les membres de l'équipe comprennent le rôle et les fonctions des différentes professions de telle façon que les bons référents et traitements soient proposés aux patients.

Considérer le patient comme un membre de l'équipe

Lorsque les étudiants s'entretiennent avec un patient, lorsqu'ils notent ses antécédents, réalisent un acte ou donnent un soin, ils devraient prendre le temps de communiquer et de nouer le dialogue avec lui. Ils peuvent lui demander ce qu'il fait dans la vie ou parler des inquiétudes ou préoccupations que lui ou son entourage peuvent avoir. Les étudiants peuvent inclure activement les patients lors des consultations et visites dans les services en les invitant à y prendre part ou en discutant avec l'équipe de la manière dont les patients pourraient être impliqués dans ces discussions.

Utiliser les techniques de soutien mutuel, de résolution des conflits, de communication appropriées, changer et observer les comportements

Les étudiants peuvent mettre en pratique toutes ces compétences aussi bien dans leur travail avec leurs pairs dans le cadre des groupes d'études que dans les équipes soignantes à mesure qu'ils avancent dans leur cursus de formation et s'impliquent davantage dans la prise en charge des patients. Comme indiqué ci-après, de nombreux exercices de travail en équipe peuvent être utilisés par les groupes d'étudiants et de professionnels pour explorer les différents styles de leadership, les techniques de résolution des conflits et les compétences de communication. Le niveau auquel les étudiants vivront ou observeront ces activités sera fonction de comment les professionnels de santé se sentent en confiance pour soulever entre eux ou avec leur responsable, questions ou problèmes.

Il existe plusieurs conseils pratiques pour aider les étudiants à améliorer leurs compétences de communication. Les étudiants peuvent commencer à mettre en pratique un bon travail d'équipe dès le tout début de leur formation. Une communication claire et respectueuse est le fondement même d'un bon travail d'équipe. Toujours se présenter au patient et à l'équipe ou aux personnes avec qui l'on travaille, même si ce n'est que pour quelques minutes. Apprendre les noms des membres de l'équipe et les utiliser. Certaines personnes ne prennent pas la peine d'apprendre les noms des membres de l'équipe les moins présents, comme les professionnels paramédicaux, car elles pensent qu'ils ne sont pas si importants que cela. Toutefois, les relations au sein de l'équipe ne pourront être que meilleures si les membres s'interpellent par leurs noms plutôt que par leur profession, comme « infirmier(ère) » ou « assistant ». En délégant une tâche à une personne, la regarder et vérifier qu'elle dispose de toutes les informations nécessaires à sa réalisation. Ne pas désigner clairement la personne à qui l'on s'adresse peut s'avérer dangereux car cela peut prêter à confusion. Utiliser un langage objectif et non subjectif.

Relire les instructions et fermer la boucle de communication concernant les informations sur les soins et le patient. Préciser même ce qui est évident pour éviter toute confusion.

Infirmier(ère) : *M. Brown va passer une radiographie.*
Étudiant : *Nous emmenons donc M. Brown passer une radiographie maintenant.*

Demander des précisions si quelque chose n'est pas clair. Poser des questions et clarifier en permanence. Clarifier son rôle dans différentes situations.

Infirmier(ère) : *M. Brown va passer une radiographie.*
Étudiant : *Nous emmenons donc M. Brown passer une radiographie maintenant.*
Infirmier(ère) : *Oui.*
Étudiant : *Qui emmène M. Brown passer sa radiographie ?*

Faire preuve d'assertivité lorsque cela est nécessaire. Tout le monde reconnaît que cela est difficile, mais si un patient est exposé à un risque de dommage grave, alors les professionnels de santé, les étudiants compris, doivent se faire entendre. Éviter un événement indésirable grave à l'un de ses patients ne pourra que susciter la reconnaissance du clinicien expérimenté à long terme. En cas de conflit, se concentrer sur « ce qui est juste » pour le patient, mais ne pas chercher à déterminer « qui » a tort ou a raison.

Briefer l'équipe avant d'entreprendre une activité en équipe et procéder à un débriefing ensuite. Cela encourage chaque membre de l'équipe à prendre part aux discussions sur ce qui s'est passé et ce qui peut être fait différemment ou amélioré la prochaine fois.

Études de cas

Défaut de communication au sein de l'équipe

Cette étude de cas montre comment un mauvais travail d'équipe peut conduire à des dommages pour le patient.

Un médecin arrivait au terme de sa première semaine d'exercice au sein du service des urgences. Il avait fini sa garde une heure plus tôt, mais le service étant surchargé, son supérieur lui avait demandé de voir un dernier patient. Il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans. Il était accompagné de ses parents, persuadés qu'il avait fait une tentative de suicide. Sa mère avait trouvé un flacon vide de paracétamol qui était plein la veille. Il avait fait plusieurs tentatives de suicide auparavant et était suivi par un psychiatre. Il a affirmé n'avoir pris que deux comprimés pour des maux de tête. Il a dit avoir fait tomber le reste des comprimés au sol et les avoir jetés. Les parents ont

indiqué avoir trouvé le flacon vide six heures plus tôt et étaient sûrs qu'il ne pouvait pas avoir pris le paracétamol plus de quatre heures avant qu'ils aient trouvé le flacon (soit 10 heures plus tôt).

Le médecin leur a expliqué qu'un lavage gastrique n'aurait aucun effet bénéfique. Il a fait un prélèvement sanguin afin de déterminer les taux de paracétamol et de salicylate. Il a demandé au laboratoire de communiquer les résultats aux urgences par téléphone dès que possible. Une étudiante infirmière était au bureau lorsque le technicien de laboratoire a téléphoné. Elle a noté les résultats dans le registre des messages. Le taux de salicylate était négatif. Pour le taux de paracétamol, le technicien a dit « deux », marqué une pause, puis continué « un trois ». « Deux point un trois », a répété l'infirmière avant de raccrocher. Elle a écrit « 2.13 » dans le registre. Le technicien n'a pas précisé si ce taux était toxique et n'a pas vérifié si l'infirmière avait compris. Lorsque le médecin est revenu au bureau, l'infirmière lui a lu les résultats. Le médecin a consulté un graphique affiché sur un tableau indiquant comment traiter les surdosages.

Un protocole de prise en charge des surdosages de paracétamol était également affiché au tableau, mais il était caché par un mémo. Le graphique indiquait qu'un taux de 2.13 était largement inférieur au seuil de traitement. A un moment, le médecin a pensé consulter son superviseur, mais elle avait l'air occupée. Il a préféré dire à l'étudiante infirmière que le patient devrait être admis pour la nuit, afin que le psychiatre l'examine le lendemain. Il a ensuite quitté son service avant l'arrivée des résultats écrits du laboratoire. Ceux-ci indiquaient : « taux de paracétamol : 213 ». L'erreur n'a été découverte que deux jours plus tard, alors que le patient commençait à présenter des symptômes d'insuffisance hépatique irréversible. Aucun donneur de foie n'a pu être trouvé pour une greffe, et le patient est décédé une semaine plus tard. S'il avait été mis sous traitement à son arrivée aux urgences, il ne serait peut-être pas mort.

Le médecin a été informé de ce qui était arrivé par son superviseur le lundi alors qu'il commençait sa garde suivante. Encore en état de choc, il a expliqué avoir agi en se fondant sur ce qu'il pensait être le bon résultat. Il a admis n'avoir pas réalisé que les taux de paracétamol ne sont jamais indiqués sous forme décimale. Comme il n'avait pas vu le protocole, il n'avait pas non plus pris conscience qu'il aurait convenu de démarrer le traitement avant même de recevoir les résultats du laboratoire, en considérant que l'anamnèse, bien que contradictoire, indiquait que le patient aurait pu avoir pris une quantité considérable de comprimés. Il serait injuste d'imputer l'erreur au médecin, à l'étudiante infirmière ou au technicien individuellement. La véritable faiblesse réside dans l'absence de contrôles de sécurité dans le système de communication des résultats d'analyse. Trois personnes au moins ont fait une série de petites erreurs que le système a été incapable d'identifier.

Activités

– Dessinez un diagramme du flux d'informations entre professionnels de santé dans cette étude de cas et indiquez les points correspondant aux ruptures de communication.
– Discutez de ce qu'ont pu ressentir le médecin et l'étudiante infirmière et de la façon de les aider dans le cadre d'un débriefing non culpabilisant.

Source : National Patient Safety Agency. London, Department of Health, 2005. Les droits d'auteur et autres droits de propriété intellectuelle relatifs à ce document appartiennent à la NPSA. Tous droits réservés. La NPSA autorise les organisations de soins de santé à reproduire ce document à des fins éducatives et non commerciales.

Informations non relayées au sein de l'équipe et présupposés non confirmés, conduisant à un résultat indésirable chez une patiente

Cet exemple montre comment les dynamiques entre étudiants et chirurgiens et les allées et venues du personnel en salle d'opération peuvent conduire à des événements indésirables.

Avant qu'une femme sur le point de recevoir une dérivation gastrique de routine ne soit emmenée en salle d'opération, une infirmière a informé une collègue que la patiente était allergique à la « morphine et aux agrafes chirurgicales ». Ces informations ont été répétées au chirurgien et à l'anesthésiste avant le début de l'intervention.

Peu avant la fin de l'intervention, le chirurgien a quitté la salle d'opération, laissant un interne sénior et deux internes débutants terminer le travail. L'interne sénior a lui aussi quitté la salle d'opération, confiant aux deux internes les moins expérimentés le soin de refermer l'incision. Ces derniers ont refermé une longue incision sur le ventre du patient à l'aide d'agrafes. Puis ils ont aussi refermé les trois incisions de laparoscopie avec des agrafes. Lorsque les internes les moins expérimentés ont commencé à poser les agrafes, un étudiant en médecine a sorti une feuille du dossier de la patiente et la leur a tendue. L'étudiant en médecine a tapé sur l'épaule de l'une des internes, lui a tenu le document pour qu'elle puisse le lire et lui a dit que la patiente était allergique aux agrafes. L'interne a regardé la feuille et affirmé qu'« on ne peut pas être allergique aux agrafes ».

Le chirurgien est revenu en salle d'opération lorsque les internes terminaient la pose d'agrafes. Il a constaté qu'ils avaient refermé les incisions avec des agrafes et les a informés que la patiente n'en voulait pas. Il leur a dit qu'ils devaient retirer toutes les agrafes et suturer l'incision. Il s'est excusé d'avoir négligé de les informer de cette allergie. L'un des internes a demandé si l'on pouvait être allergique aux agrafes,

ce à quoi le chirurgien a répondu : « cela n'a pas d'importance. La patiente est convaincue de l'être. » Le chirurgien a dit aux internes de retirer toutes les agrafes et de suturer les incisions. Cela a pris 30 minutes de plus.

Discussion

– Déterminez en quoi ce cas montre l'importance d'une communication claire entre tous les membres de l'équipe et débattez de la question des besoins et des préférences du patient.

Source : WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Cas fourni par Lorelei Lingard, professeur agrégé, université de Toronto, Toronto, Canada.

Le travail d'équipe indispensable en réanimation d'urgence

Ce cas montre combien il est important que l'équipe soit préparée à prendre en charge efficacement un patient en arrêt cardiaque ou à pratiquer une réanimation d'urgence.

Simon, médecin, prenait son déjeuner tardivement à la cafétéria. Au milieu de son repas, une alerte arrêt cardiaque a été diffusée par le système de haut-parleurs de l'établissement. Il a couru pour prendre l'ascenseur jusqu'au cinquième étage où se trouvait le patient concerné. C'était l'heure de pointe et les ascenseurs étaient occupés. Au moment où il est arrivé au chevet du patient, une première infirmière avait amené le charriot de réanimation et une seconde lui avait mis un masque à oxygène.

« Tension artérielle, pouls, rythme cardiaque ? », a crié le médecin.

Une infirmière a attrapé un brassard pour mesurer la tension artérielle et a commencé à le gonfler. L'infirmière qui tenait le masque à oxygène a essayé de trouver un pouls au poignet du patient. Le médecin leur a crié de mettre en place un monitorage ECG et d'abaisser la tête de lit. Les infirmières ont essayé de suivre ses ordres ; l'une d'elle a interrompu la mesure de la tension artérielle pour abaisser le lit. Cela a fait tomber le masque à oxygène car le tuyau s'est pris dans le côté du lit.

Simon a commencé à s'énerver. Il n'avait aucune idée de la fréquence ni du rythme cardiaque. Le patient ne semblait pas respirer. Une fois allumé, le moniteur cardiaque a montré une fibrillation ventriculaire.

« Défibrillation, chargez à 50 joules », a demandé Simon.
Les infirmières l'ont regardé et ont demandé « Quoi ? »
« Défibrillation, 50 joules, chargez ! », a répondu Simon « Appelez un médecin, n'importe quel médecin, qu'il vienne m'aider maintenant !», a-t-il crié.
Ils n'ont pas pu réanimer le patient.

Activité

– Décrivez ce cas confus de manière claire. Identifiez les principaux facteurs et résultats.

Source : WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Cas fourni par Ranjit De Alwis, maître de conférence, Université médicale internationale, Kuala Lumpur, Malaisie.

Tous les membres de l'équipe comptent

Ce cas montre comment une initiative telle qu'un briefing préopératoire de l'équipe offre la possibilité aux membres de l'équipe opératoire de fournir des informations susceptibles d'affecter les résultats des soins chez un patient. Un briefing préopératoire de l'équipe est une brève réunion du personnel infirmier, des chirurgiens et des anesthésistes qui se tient avant une intervention chirurgicale afin de discuter de questions relatives à la procédure et au patient.

Pour préparer une résection antérieure basse et une iléostomie, l'équipe interprofessionnelle s'est réunie pour un briefing. Le chirurgien a demandé à l'infirmière si elle voulait intervenir. L'infirmière a signalé que la patiente s'inquiétait pour sa hernie. Le chirurgien a alors interrogé la patiente (qui était encore réveillée) sur la hernie. Le chirurgien a ensuite expliqué à l'équipe du bloc comment il procèderait concernant la hernie et qu'il pourrait être conduit à utiliser un implant de paroi.

Questions

– Est-ce le bon moment pour discuter avec une patiente qui a certainement reçu des médicaments préopératoires ?

– Quel type de consentement éclairé la patiente était-elle en mesure de fournir ? Qu'entend-on par « la patiente s'inquiétait pour sa hernie » ?

– L'infirmière aurait-elle dû soulever la question avant que la patiente n'arrive au bloc opératoire ?

– Cela aurait-il dû être mentionné au dossier médical et faire l'objet d'un suivi ?

Source : WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Cas fourni par Lorelei Lingard, professeur agrégé, université de Toronto, Ontario, Canada.

Urgence dans un cabinet dentaire

Cette étude de cas montre combien il est important que tous les membres de l'équipe soient bien préparés à travailler ensemble en cas d'urgence.

Pendant l'extraction d'une molaire, le patient a commencé à transpirer et est devenu blanc. Il a demandé au dentiste d'arrêter l'intervention car il se sentait mal.

Le dentiste s'est arrêté, a allongé le patient au sol et lui a surélevé les jambes. Il a ensuite pris son pouls et demandé le matériel d'urgence.

L'assistante dentaire travaillait dans le centre depuis peu de temps. Personne ne lui avait dit où était rangé le matériel d'urgence. Elle a quitté le cabinet dentaire, laissant le dentiste seul avec le patient pendant qu'elle cherchait ce matériel.

L'état clinique du patient continuait à se détériorer rapidement. Le dentiste, seul dans son cabinet sans matériel d'urgence, est sorti demander de l'aide.

Deux minutes plus tard, il est revenu avec l'assistante dentaire (qui avait trouvé le matériel d'urgence) et deux autres confrères.

Le patient ne semblait plus respirer à ce moment-là. Les dentistes ont commencé la réanimation cardiopulmonaire (RCP). L'assistante dentaire a appelé une ambulance.

L'équipe n'a pas pu sauver le patient.

Questions

– Quels sont les facteurs associés à cet incident ?

– De quelle manière une meilleure communication entre les membres de l'équipe aurait-elle pu permettre d'éviter ce décès ?

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

Stratégies et formats d'enseignement

Ce module propose plusieurs stratégies d'apprentissage et de mise en pratique du travail en équipe. Travailler efficacement en équipe ne coule pas de source. Il est nécessaire d'assimiler un certain nombre de principes théoriques qui peuvent être enseignés de façon didactique. Les connaissances requises énumérées précédemment peuvent constituer le socle des exposés didactiques.

L'une des méthodes les plus efficaces pour apprendre à travailler en équipe étant de prendre part à une équipe, nous proposons plusieurs activités en équipe pouvant facilement être mises en pratique avec de petits groupes d'étudiants et qui ne requièrent pas de ressources importantes. Souvent, les étudiants n'auront pas d'expérience préalable de participation à des équipes soignantes. C'est pourquoi nous incluons également des activités dans lesquelles ils pourront se référer à leurs expériences de travail en équipe dans d'autres secteurs.

Pour que les étudiants se familiarisent avec les équipes soignantes, nous avons également prévu des activités visant à anticiper les types d'équipes qu'ils rencontreront de plus en plus à mesure qu'ils avancent dans leur cursus de formation et leur carrière.

Une récente revue systématique des formations au travail en équipe destinées aux étudiants en médecine et jeunes médecins a montré qu'enseigner les compétences nécessaires au travail en équipe aux étudiants et jeunes médecins était modérément efficace à court terme et que les résultats semblaient meilleurs lorsque les principes du travail en équipe étaient davantage abordés dans le cadre même du programme de formation [29].

Tout programme d'éducation et de formation au travail en équipe doit prendre en considération les comportements acceptables au regard de la culture locale, en ce qui concerne les prises de position au sein de l'équipe, ainsi que la nature des relations hiérarchiques dans le pays concerné.

Nous concluons cette section par une discussion sur la formation pluriprofessionnelle qui peut être envisagée ou non dans le cadre de votre programme.

Formation au travail en équipe dans le cours d'un programme

Une année de formation offre maintes possibilités d'organiser des activités d'enseignement et d'apprentissage en lien avec le travail en équipe. Un programme de formation pourrait par exemple être structuré de la manière suivante :

Première(s) année(s)

Exposés didactiques sur :

- les fondamentaux du travail en équipe et les styles d'apprentissage ;
- les différents types d'équipe en santé ;
- les différents styles d'apprentissage.

Activités en petits groupes axées sur :

- le développement des compétences de base nécessaires au travail en équipe ;
- l'appréciation de différents styles d'apprentissage et de résolution des problèmes ;
- une réflexion sur des expériences en équipe en dehors du secteur de la santé ;
- les rôles des différentes équipes soignantes.

Année(s) intermédiaire(s) et suivante(s)

Exposés didactiques sur :

- les rôles et responsabilités des différents professionnels de santé au sein des équipes ;
- les caractéristiques d'une équipe efficace ;
- les stratégies permettant de surmonter les obstacles à un travail d'équipe efficace.

Activités en petits groupes incluant :

- une participation pluriprofessionnelle ;
- une réflexion sur l'expérience vécue en tant qu'étudiant participant à des équipes soignantes ;
- une simulation de travail en équipe dans un contexte de soins (de basse ou haute fidélité).

Activités d'enseignement

Inviter des intervenants modèles
Le travail en équipe n'étant pas toujours reconnu ou valorisé dans les environnements de soins où évoluent les étudiants, il est important d'inviter des professionnels ayant fait preuve d'une conduite exemplaire en la matière, à intervenir dans le cadre de la formation au travail en équipe. Si possible, identifiez les cliniciens réputés pour leur travail au sein d'équipes multidisciplinaires pour occuper ce rôle. Dans l'idéal, les intervenants modèles devraient présenter différents aspects de la théorie du travail en équipe et les illustrer par des exemples issus de leurs propres expériences. Dans la mesure du possible, ils devraient être issus de différentes professions de santé.

Activités de réflexion autour des expériences de travail en équipe.
Pour présenter les concepts de travail en équipe aux étudiants, une méthode simple consiste à leur demander de réfléchir aux équipes qu'ils ont eu l'occasion d'intégrer à l'école ou à l'université. Il peut s'agir d'équipes de sport, de travail, de chorales, etc. Dans le cadre des exercices de réflexion, des sondages simples peuvent être utilisés pour aborder les questions concernant le travail en équipe.

Ces exercices peuvent aussi s'articuler autour d'exemples de travail en équipe, qu'il ait réussi ou non, tirés de l'actualité et/ou de l'environnement social. Ils peuvent prendre la forme de quiz ou de discussions de groupe sur des articles de journaux décrivant les défaites d'équipes sportives associés à un mauvais travail d'équipe ou des exemples marquants d'erreurs cliniques résultant d'un échec du travail d'équipe. Les études de cas fournies dans ce module pourraient également être utilisées pour illustrer les échecs du travail d'équipe.
Des exemples notoires d'échecs et de réussites du travail d'équipe issus d'autres secteurs d'activité, comme les accidents d'avion ou incidents dans des centrales nucléaires, sont souvent utilisés pour enseigner les principes du travail en équipe. Plusieurs d'entre eux ont été décrits de manière détaillée par Flin *et al.* [18].

Exercices de renforcement de l'esprit d'équipe
Il existe un vaste éventail d'activités pouvant aider à mieux comprendre les dynamiques d'équipe et les différents styles d'apprentissage. Une simple recherche sur Internet suffit pour en trouver de nombreux exemples. Elles peuvent être utiles à tout membre d'une équipe et ne nécessitent pas de connaissances préalables en santé ou concernant le travail en équipe. Ces exercices peuvent être amusants et ont souvent pour effet positif de souder les groupes d'étudiants.

N'oubliez pas : la partie la plus importante de tout exercice de renforcement de l'esprit d'équipe est le débriefing réalisé à la fin de ce dernier. Il a pour but de souligner ce qui a bien fonctionné pour l'équipe afin de renforcer les comportements efficaces. Mais l'équipe devrait aussi réfléchir aux difficultés et obstacles qu'elle a rencontrés. Il convient d'étudier les stratégies permettant de surmonter ces obstacles et de les mettre en pratique lors des séances suivantes.

Construire des tours en papier journal : un exemple d'exercice de renforcement de l'esprit d'équipe
Voici un exemple d'exercice interactif qui ne nécessite pas de contact physique et qui peut être adapté selon la taille et les dynamiques du groupe ainsi que le temps disponible.

Pour commencer, répartissez les étudiants en groupes de 2 à 6 personnes. Donnez à chaque groupe le même nombre de feuilles de papier journal (moins il y en a, plus l'exercice est difficile, 20 à 30 feuilles conviennent pour un exercice de 10 à 15 minutes) et un rouleau de ruban adhésif. La tâche consiste à construire la plus haute tour autoportante uniquement en papier journal et ruban adhésif dans le temps imparti. L'exercice a pour but de montrer l'importance de la planification (temps, méthode de construction, créativité) et l'effet motivant d'une tâche en équipe. Les instructions doivent être parfaitement claires. Par exemple, la tour doit-elle tenir seule ou peut-elle être stabilisée par différents moyens ? Peu importe la solution choisie, l'essentiel étant de clarifier tout point susceptible d'affecter le résultat.

Vous pouvez attribuer autant de feuilles de papier que vous voulez en fonction de l'objectif principal de l'exercice ainsi que du temps dont vous disposez et du nombre de personnes dans chaque équipe. En règle générale, le nombre de feuilles sera moins important avec les équipes les plus petites et lorsque le temps disponible pour l'exercice est court. Un gros volume de papier journal, de grandes équipes et une durée courte conduisent au chaos. Cela peut parfaitement bien illustrer la nécessité du leadership et du management. A moins que votre objectif ne soit axé sur le leadership et la gestion de la phase de planification, évitez la combinaison petit nombre de feuilles de papier journal et grandes équipes. Les petites équipes n'ont pas besoin de grandes quantités de papier, sauf si l'une des règles que vous imposez est d'utiliser tout le matériel à disposition, afin de mettre l'accent sur la phase de planification et de conception.

Environnements de soins simulés
La simulation est de plus en plus utilisée dans l'apprentissage et la mise en pratique du travail en équipe en soins de santé. Elle est idéale pour apprendre puisqu'elle combine –la sécurité offerte par l'absence de véritable patient –à la possibilité d'accélérer ou de ralentir la progression des scénarios, notamment en cas d'utilisation de mannequins. Cela convient parfaitement bien aux

exercices de travail en équipe, car l'importance de comportements exemplaires en équipe est particulièrement manifeste dans les situations d'urgence où le temps compte. De plus, elle offre aux étudiants la possibilité d'appréhender la gestion d'une situation en temps réel.

Dans l'idéal, les environnements simulés peuvent être utilisés pour explorer le travail en équipe dans des groupes réunissant plusieurs professionnels de santé différents. La mise en pratique du travail en équipe ne devrait pas être axée sur les compétences techniques des étudiants mais plutôt sur leurs interactions et la communication entre eux. Le meilleur moyen pour que les étudiants restent focalisés sur cet objectif est de leur permettre d'apprendre les gestes techniques du scénario et de les mettre en pratique ensemble avant de réaliser la simulation. Cela prend généralement la forme d'un premier atelier de préparation centré sur la procédure. Si les connaissances et les compétences de base posent problème à l'équipe, les problèmes techniques et cliniques risquent d'être si nombreux qu'ils prendront le pas sur la discussion sur le travail en équipe. En revanche, si les étudiants ont bien préparé à l'avance les aspects techniques du scénario, le défi sera pour eux de mettre leurs connaissances en pratique en tant qu'équipe. La simulation offre alors une occasion inestimable d'explorer les aspects non techniques du scénario, à savoir les problèmes de travail en équipe, de leadership et de communication qui émergent au fil de l'atelier [18].

Comme pour les exercices de renforcement de l'esprit d'équipe décrits plus haut, il est essentiel de réaliser un débriefing structuré de la façon dont les équipes ont vécu l'exercice de simulation afin de déterminer ce qui a fonctionné et pourquoi, d'identifier les difficultés et leurs raisons et ce qui pourrait être fait pour améliorer les performances de l'équipe à l'avenir. Si la simulation conduit des étudiants issus de différents cursus de formation en santé à travailler ensemble, les rôles, points de vue et problèmes propres à chaque profession peuvent aussi être examinés lors du débriefing.

La principale contrainte associée aux exercices de simulation réside dans les ressources considérables qu'ils nécessitent, notamment en cas d'utilisation d'un mannequin informatisé et/ou de transformation du lieu de formation en environnement clinique.

Participation à une équipe soignante

Les étudiants, tout particulièrement dans les dernières années de leur formation, devraient être encouragés à participer à différents types d'équipes soignante dès que l'occasion se présente. Si les cliniciens d'un service ou d'un centre de soins particulier maintiennent une approche traditionnelle des soins en silo (non multidisciplinaire), cela ne doit pas empêcher les étudiants de travailler avec d'autres professionnels de santé au sein d'une équipe.

Les professeurs devraient identifier les équipes dans lesquelles les étudiants seront les bienvenus et se verront, dans l'idéal, confier un rôle. Il peut s'agir d'équipes de planification des soins multidisciplinaires bien établies, comme celles que l'on trouve en santé mentale ou en oncologie, ou d'équipes plus fluides, comme celles des urgences. Il peut aussi s'agir d'équipes de soins de santé primaires dans la population.

Il est important que les étudiants réfléchissent à leurs expériences en équipe dans le secteur de la santé et qu'ils les partagent avec leurs pairs et les professeurs. Cela permettra de discuter des aspects positifs et négatifs de leurs expériences. Il convient de demander aux étudiants d'identifier les équipes qu'ils considèrent comme des équipes modèles et d'expliquer pourquoi. Ils devraient être encouragés à se poser les questions suivantes :

- Quelles étaient les forces de l'équipe ?
- Quelles professions étaient représentées au sein de l'équipe et quels étaient leurs rôles ?
- L'équipe avait-elle des objectifs clairs ?
- Y avait-il clairement un leader ?
- Tous les membres de l'équipe avaient-ils la possibilité de participer ?
- Comment les membres de l'équipe communiquaient-ils les uns avec les autres ?
- Comment l'étudiant a-t-il pu voir l'équipe s'améliorer ?
- Le patient faisait-il partie de l'équipe ?
- Quels ont été les résultats et ont-ils été efficaces ?

Il convient de demander aux étudiants d'étudier et de réfléchir aux aspects du travail en équipe connus pour constituer des sources d'erreurs, comme la communication entre les professionnels de soins primaires et secondaires ou pendant les transmissions des changements d'équipes.

Les étudiants pourraient aussi prendre part à une discussion avec une équipe pluridisciplinaire efficace afin de déterminer comment l'équipe fonctionne et travaille ensemble.

Formation pluriprofessionnelle

En santé, on ne peut évoquer le travail d'équipe sans mentionner le rôle important de la formation pluriprofessionnelle au cours des études.

La préparation des futurs professionnels à une pratique efficace en équipe est au cœur même de la formation pluriprofessionnelle qui réunit des étudiants de différentes disciplines avant leur diplôme afin qu'ils apprennent ensemble et les uns des autres. Cela aide les étudiants à apprécier et à respecter les différents rôles des professionnels de santé avant d'intégrer leur propre groupe professionnel.

Si les arguments selon lesquels la formation pluriprofessionnelle initiale devrait améliorer le travail en équipe par la suite sont convaincants, les recherches venant les étayer ne sont pas encore concluantes.

Les universités ont adopté différentes approches pour intégrer la formation pluriprofessionnelle dans leurs cursus de formation en fonction des ressources disponibles, des programmes d'études actuels et de l'appui dont elle bénéficie à haut niveau. Ces approches peuvent aller d'une refonte totale et d'un alignement de tous les programmes d'études en santé prévoyant l'intégration de modules et d'activités de formation pluriprofessionnelle à l'ajout de cette formation aux programmes existants en fonction des opportunités.

Les ressources et activités incluses dans ce guide conviennent aussi bien à des étudiants d'une même profession qu'à des groupes d'étudiants pluridisciplinaires.

Une liste de lectures supplémentaires sur la formation pluriprofessionnelle et de liens vers des universités l'ayant intégrée dans leurs programmes de formation est fournie ci-après.

Outils et ressources (formation pluriprofessionnelle)

Greiner AC, Knebel E, eds. *Health professions education: a bridge to quality*. Washington, DC, National Academies Press, 2003.

Almgren G *et al. Best practices in patient safety education: module handbook*. Seattle, University of Washington Center for Health Sciences Interprofessional Education, 2004.

Universités ayant lancé d'importantes initiatives de formation pluriprofessionnelle :

- Faculté de sciences de la santé, université Linkoping, Suède. (http://www.hu.liu.se/?l=en ; consulté le 20 février 2011).
- Collège des disciplines de la santé, université de Colombie-Britannique, Canada. (http://www.chd.ubc.ca/ ; consulté le 20 février 2011).

Des exemples gratuits d'exercices de renforcement de l'esprit d'équipe sont disponibles sur le site Internet suivant : http://www.businessballs.com/teambuildinggames.htm ; consulté le dimanche 20 février 2011.

Résumé

En résumé, la formation au travail en équipe des étudiants en professions de santé peut reposer sur diverses techniques, dont bon nombre peuvent être dispensées en salles de classe ou dans des environnements simulés de basse fidélité.

Dans l'idéal, les étudiants devraient prendre part à des équipes réelles et apprendre par l'expérience et la réflexion guidée ; la formation au travail en équipe devrait couvrir autant de principes du travail d'équipe efficace que possible.

Outils et ressources documentaires

TeamSTEPPS™ : stratégies et outils visant à améliorer les performances et la sécurité des patients.
United States Department of Defence, in collaboration with the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (http://teamstepps.ahrq.gov/abouttoolsmaterials.htm ; consulté le 20 février 2011). TeamSTEPPS™ permet également d'accéder gratuitement à une série de vidéos.

La trousse à outils ISBAR (SAED) Toolkit est disponible sur le site Internet TeamSTEPPS mentionné ci-dessus (http://www.ahrq.gov/teamsteppstools/instructor/fundamentals/module6/igcommunication.htm#sbarsl9 ; consulté le 14 novembre 2010).

Évaluation des connaissances de ce module

De nombreuses modalités différentes peuvent être utilisées pour évaluer le travail en équipe. Les QCM peuvent être utilisés afin d'évaluer les connaissances. Un portfolio peut permettre de conserver des archives et de mener une réflexion sur les activités de travail en équipe rencontrées tout au long du programme de formation.

Des devoirs peuvent être spécifiquement prévus pour faire travailler les étudiants en équipe. Il peut s'agir de demander aux étudiants de réaliser un projet de leur choix lié ou non à la santé ou de leur suggérer un projet comme la planification de la conception d'un appartement destiné à une personne en chaise roulante ou encore la planification de l'élaboration d'un programme de sensibilisation à la santé bucco-dentaire en milieu rural. Dans cette tâche, l'accent n'est pas tant le résultat du projet que sur la manière dont les étudiants travaillent ensemble.

Les devoirs suivants peuvent être plus complexes. Les étudiants pourraient analyser une équipe avec laquelle ils ont travaillé et formuler des recommandations pour l'améliorer.

Un devoir écrit pourrait porter sur l'observation des fonctions de l'équipe en suivant l'hospitalisation d'un patient pendant une période donnée ou sur le suivi un professionnel de santé en étudiant le nombre d'équipes avec lesquelles il interagit et son rôle dans chacune d'elles.

Il est aussi possible de demander aux équipes d'identifier un problème de sécurité, de collecter des données sur celui-ci, de les analyser et de décrire des interventions visant à prévenir ou à atténuer le problème.

En fonction des ressources disponibles, des exercices de simulation peuvent également être utilisés pour évaluer l'efficacité du travail en équipe soignante en cours d'apprentissage ou en fin de formation.

Dans l'idéal, certaines évaluations devraient réunir des étudiants de différentes professions de santé.

Évaluation de l'enseignement de ce module

Comme pour tout exercice d'évaluation, plusieurs phases doivent être prises en considération. Elles incluent :

- une analyse des besoins (ou évaluation prospective) visant à déterminer le volume de formation au travail en équipe existant et les besoins en la matière ;
- une évaluation en cours d'exécution d'un programme afin d'en optimiser l'efficacité ;
- une évaluation d'impact destinée à suivre l'effet du programme sur les connaissances et compétences acquises au cours du programme.

Pour de plus amples informations sur l'évaluation, reportez-vous au Guide du formateur (Partie A).

Références

1. Baker DP *et al. Medical teamwork and patient safety: the evidence-based relation. Literature review*. AHRQ Publication No. 050053. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2005 (http://www.ahrq.gov/qual/medteam/ ; consulté le 20 février 2011).
2. Salas E, Dickinson TL, Converse SA. Toward an understanding of team performance and training. In: Swezey RW, Salas E, eds. *Teams: their training and performance*. Norwood, NJ, Ablex, 1992:3–29.
3. Orasanu JM, Salas E. Team decision making in complex environments. In: Klein GA *et al.*, eds. *Decision making in action: models and methods*. Norwood, NJ, Ablex, 1993:327–345.
4. Cannon-Bowers JA, Tannenbaum SI, Salas E. Defining competencies and establishing team training requirements. In: Guzzo RA *et al.*, eds. *Team effectiveness and decision-making in organizations*. San Francisco, Jossey-Bass, 1995:333–380.
5. Bowers CA, Braun CC, Morgan BB. Team workload: its meaning and measurement. In: Brannick MT, Salas E, Prince C, eds. *Team performance assessment and measurement*. Mahwah, NJ, Erlbaum, 1997:85–108.
6. Brannick MT, Prince C. An overview of team performance measurement. In: Brannick MT, Salas E, Prince C, eds. *Team performance assessment and measurement*. Mahwah, NJ, Erlbaum, 1997:3–16.
7. Salas E et al. Toward an understanding of team performance and training. In: Swezey RW, Salas E, eds. *Teams: their training and performance*. Norwood, NJ, Ablex, 1992:329.
8. Agency for Health Care Quality and Research. *TeamSTEPPSΣ: strategies and tools to enhance performance and patient safety*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Quality and Research, 2007.
9. Bogner M. *Misadventures in health care*. Mahwah, NJ, Erlbaum, 2004.
10. Lingard L *et al.* Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:330–334.
11. Mickan SM. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review,* 2005, 29:211–217.
12. Stevenson K *et al.* Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Family Practice*, 2001, 18:21–26.
13. Junor EJ, Hole DJ, Gillis CR. Management of ovarian cancer: referral to a multidisciplinary team matters. *British Journal of Cancer*, 1994, 70:363–370.
14. Morey JC, Simon R, Jay GD. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Services Research*, 2002, 37:1553–1581.
15. Risser DT *et al.* The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. The MedTeams Research Consortium. *Annals of Emergency Medicine*, 1999, 34:373–383.
16. Mickan SM, Rodger SA. Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. *Journal of Interprofessional Care*, 2005, 19:358–370.
17. Tuckman BW. Development sequence in small groups. *Psychological Review*, 1965, 63:384–399.
18. Flin RH, O'Connoer P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
19. Lingard L *et al.* A theory-based instrument to evaluate team communication in the operating room: balancing measurement authenticity and reliability. *Quality and Safety in Health Care*, 2006, 15:422–426.
20. Lingard L *et al.* Perceptions of operating room tension across professions: building generalizable evidence and educational resources. *Academic Medicine*, 2005, 80 (Suppl. 10): S75–S79.
21. West M. *Effective teamwork: practical lessons from organisational research*. Leicester, Blackwell Publishing, 2004.
22. Marshall S, Harrison J, Flanagan B. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Quality and Safety in Health Care*, 2009, 18:137–140.
23. Barenfanger J *et al.* Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. *American Journal of Clinical Pathology*, 2004, 121:801-803.
24. Edmondson AC. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality and Safety in Health Care* 2004;13:ii3-ii9.
25. Rouse WB, Cannon Bowers J, Salas E. The role of mental models in team performance in complex systems. *IEEE Transactions on Systems, Man and Cybernetics*, 1992, 22:1295–1308.
26. Stanton N *et al. Human factors methods: a practical guide for engineering and design*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2005.

27. Salas E et al. Markers for enhancing team cognition in complex environments: the power of team performance diagnosis. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 2007, 78:5 (Suppl. Sect. 11):B77–B85.
28. Honey P, Mumford A. *A manual of learning styles*. Maidenhead, Peter Honey, 1986.
29. Chakraborti C *et al.* A systematic review of teamwork training interventions in medical student and resident education. *Journal of General Internal Medicine*, 2008, 23:846–853.

Diaporamas pour la Module 4 : Etre un membre efficace en équipe

En général, les exposés didactiques ne constituent pas la meilleure façon d'enseigner la sécurité des patients aux étudiants. En cas d'exposé, il est intéressant de permettre aux étudiants d'interagir et d'échanger leurs points de vue pendant le cours. Pour lancer une discussion de groupe, vous pouvez vous appuyer sur une étude de cas par exemple. Vous pouvez également poser aux étudiants des questions sur différents aspects des soins de santé qui feront ressortir les points abordés dans le module.

Les diaporamas du Module 4 ont pour objectif d'aider le formateur à en transmettre le contenu. Ils peuvent être modifiés et adaptés à la culture et au contexte locaux. Les enseignants peuvent choisir de ne pas utiliser toutes les diapositives. Il est d'ailleurs préférable d'adapter ces dernières aux domaines couverts lors de la session de formation.

Module 5

Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages

Les défauts d'attention peuvent avoir des conséquences désastreuses

Lors de sa première visite chez le dentiste, un garçon âgé de 3 ans est examiné par un dentiste qui n'a trouvé aucune carie. Il l'a alors confié à un hygiéniste dentaire pour un nettoyage de routine. Après le nettoyage, l'hygiéniste a utilisé un tampon d'ouate pour appliquer un gel de chlorure stanneux sur les dents de l'enfant pour prévenir l'apparition de carie.

D'après la mère, l'hygiéniste était plongé dans une conversation pendant qu'il s'occupait de son fils et il n'aurait pas dit à ce dernier, après lui avoir tendu un verre, de se rincer la bouche et de cracher la solution. Elle a déclaré que l'enfant avait bu l'eau.

L'enfant a alors commencé à vomir, transpirer et se plaindre de céphalées et de vertiges. Sa mère a fait appel au dentiste qui lui a répondu que l'enfant avait reçu un simple traitement de routine. Cette réponse ne lui convenant pas, l'enfant a été envoyé à l'unité ambulatoire de soins pédiatriques situé dans le même immeuble. Ils y ont attendu pendant deux heures et demi. En dépit des appels à l'aide de la mère, l'état de l'enfant s'est progressivement aggravé. La mère pensait que l'enfant s'était endormi alors qu'il était tombé dans le coma.

En fin de compte, l'enfant a été vu par un médecin qui a appellé le superviseur. L'enfant a reçu une injection d'adrénaline directement dans le cœur pour essayer de le ranimer. Une ambulance a été appelée et a emmené l'enfant à l'hôpital à cinq minutes de là.

Une fois arrivés à l'hôpital, la mère et l'enfant ont attendu pendant plus d'une heure. Entre temps, l'enfant était à nouveau tombé dans le coma. Les médecins ont tenté de lui faire un lavage d'estomac mais l'enfant a fait un arrêt cardiaque et est décédé. D'après le toxicologue, l'enfant a ingéré 40 ml de solution de fluorure d'étain à 2 %, soit une quantité trois fois supérieure à la dose létale.

Source : Cas fourni par un membre du Comité d'experts de l'OMS, Paris, octobre 2010.

Introduction–Accepter la réalité des erreurs de soins

Cette étude montre les facteurs à l'origine de la mort tragique d'un garçon de 3 ans. En analysant cette étude de cas, nous pourrions mettre en évidence les nombreuses erreurs qui ont conduit à cette issue fatal et évitable, et identifier les mesures à prendre pour éviter que cela ne se reproduise. Comprendre ce qui s'est passé et comment en empêcher la récurrence constitue l'aspect le plus important de l'analyse des erreurs. C'est pour cette raison qu'il est fondamental que les étudiants en santé acquièrent des connaissances de base sur la nature de l'erreur. Tous les professionnels de santé doivent connaître les différents types d'erreurs et comment ces dernières surviennent. C'est essentiel pour élaborer des stratégies visant à prévenir les erreurs et/ou les intercepter avant qu'elles ne causent des dommages aux patients.

Apprendre à partir des erreurs, des siennes et de celles des autres, est un sujet tout aussi important. L'amélioration des organisations, dans l'espoir de réduire la fréquence et les conséquences des erreurs, passe nécessairement par l'analyse de celles-ci et des circonstances qui sont à leur origine. (Ce point est

abordé plus en détail dans le Module 3 : *comprendre l'organisation des systèmes et l'effet de la complexité sur les soins en santé*). → M3

Mots-clés
Erreur, violation, presque-accident, biais rétrospectif, Analyse des Causes Racines.

Objectifs d'apprentissage 2

Comprendre la nature des erreurs et comment les professionnels de santé peuvent apprendre à partir des erreurs pour améliorer la sécurité des patients.

Acquis de l'apprentissage : connaissances théoriques et pratiques

Connaissances théoriques 3

Pour ce module, les étudiants ont besoin de comprendre, entre autre, comment on apprend à partir des erreurs. Il est fondamental de comprendre les termes *erreur*, *raté*, *lapsus*, *méprise*, *violation*, *presque-accident* et *biais rétrospectif*.

Connaissances pratiques 4

A la fin du cours, les étudiants devraient être capables :

- d'identifier les facteurs situationnels et personnels associés à un risque accru d'erreur ;
- de prendre part à des analyses d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) et de mettre en œuvre des stratégies visant à réduire les erreurs.

Erreurs 5

En termes simples, une erreur survient « lorsque quelqu'un fait mal en essayant de faire bien » [1]. En d'autres termes, il existe un écart involontaire avec ce qui était prévu. James Reason, psychologue cognitif, a énoncé cet état de fait de façon plus formelle en définissant les erreurs comme « des séquences planifiées d'activités mentales ou physiques qui ne parviennent pas à atteindre l'objectif désiré, quand ces échecs ne peuvent être attribués à l'intervention du hasard. » [2]. Des erreurs peuvent se produire lorsque l'on fait quelque chose qu'il ne fallait pas faire (erreur par commission) ou lorsque l'on ne fait pas quelque chose qu'il fallait faire (erreur par omission).

La violation n'est pas une erreur dont il faut chercher l'origine dans l'organisation. Les violations sont des erreurs causées par le non-respect délibéré d'un protocole ou d'un traitement de référence validé. 6

Il n'y a pas de relation directe entre la survenue d'une erreur et les conséquences pour le patient. Les étudiants auront souvent l'occasion d'observer de mauvais résultats chez des patients sans qu'aucune erreur humaine ne soit survenue. Certains traitements entraînent des complications bien connues qui peuvent se produire même avec les professionnels les plus aguerris et dans les meilleures circonstances possibles. Dans d'autres cas, la survenue de nombreuses erreurs ne se traduit pas nécessairement par de mauvais résultats dès lors que les erreurs sont identifiées à temps et que des mesures appropriées sont prises visant à pallier les dommages susceptibles d'avoir été causés. Parfois, comme mentionné dans le Module 3, les patients eux-mêmes sont résilients et s'en sortent bien malgré les erreurs commises car leur organismes ou leur système immunitaire a résisté aux traitements inappropriés. 7

Il est important de souligner que la notion de résultat n'est pas incluse dans la définition de l'erreur alors même que le résultat (généralement fâcheux) est souvent ce qui attire notre attention sur le fait qu'une erreur est survenue. En effet, la plupart des erreurs en matière de soins de santé sont sans conséquence pour le patient car elles sont récupérées avant qu'un dommage ne survienne. Il ne fait néanmoins aucun doute qu'a posteriori, le résultat obtenu influence notre perception de l'erreur. Cela est le plus souvent dû au phénomène appelé « biais rétrospectif » dans lequel la connaissance du résultat d'une situation oriente l'idée que nous nous faisons (généralement de façon négative) de la prise en charge qui aurait dû être suivie. [2].

L'inévitabilité des erreurs est une réalité fondamentale du quotidien. Il suffit de repenser à la dernière « erreur bête » que l'on a faite dans sa vie de tous les jours pour s'en convaincre (voir Module 2 : *Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients*). → M2 8 9 10

Les professionnels de santé doivent êtres conscients que les processus cognitifs qui les conduisent à faire des « erreurs » en-dehors du travail interviennent également lorsqu'ils travaillent. Toutefois, dans le cadre professionnel, les conséquences sont tout à fait différentes.

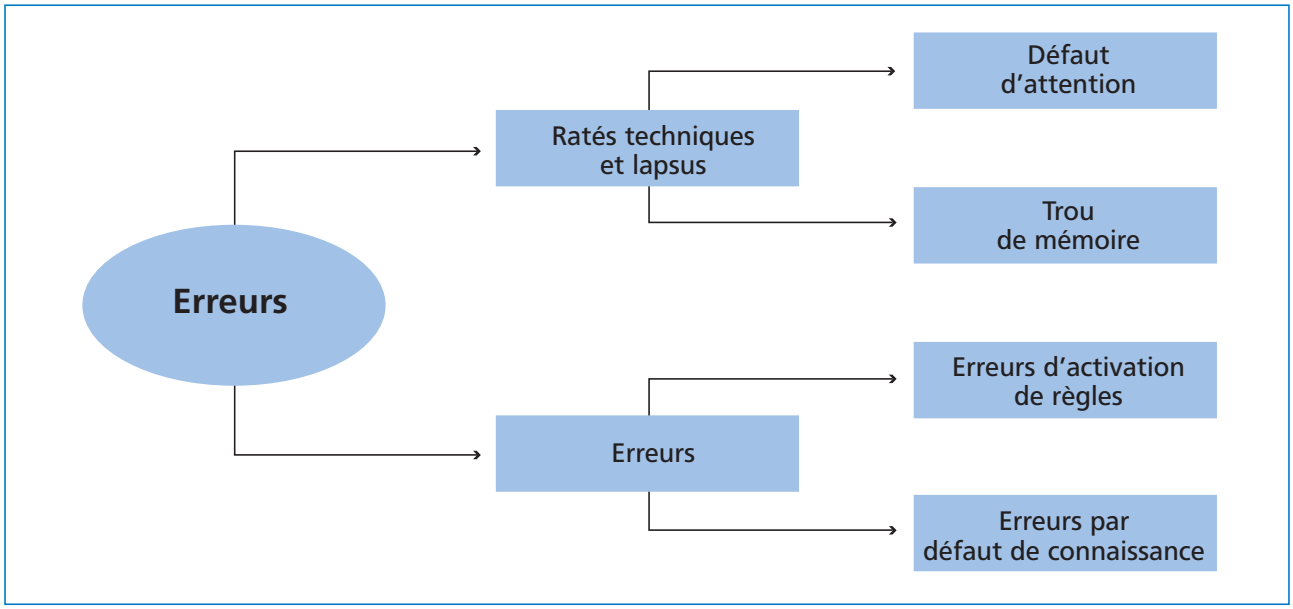
Les termes d'*erreur médicale ou erreur de soins* sont légèrement tendancieux dans la mesure où ils peuvent donner l'impression que les types d'erreurs qui se produisent dans les soins de santé n'existent que dans ce secteur. Ce n'est pas le cas. Les types d'erreurs observés en santé ne sont pas différents des ceux rencontrés dans d'autres secteurs d'activité. Ce qui est spécifique dans le domaine de la santé, c'est l'existence d'une culture de l'infaillibilité niant la prévalence de l'erreur. Une autre spécificité des erreurs associées aux soins est en relation avec le fait que c'est le patient qui va en subir les conséquences.

Deux grands types d'échecs entraînent des erreurs : lorsque les actions ne se déroulent pas comme prévu ou lorsque l'action prévue n'est pas la bonne [3]. Dans le premier cas, on parle d'erreur d'exécution. Il peut s'agir soit d'un *raté* si l'action est observable, soit d'un *lapsus* si elle ne l'est pas. Appuyer accidentellement sur le mauvais bouton d'un

dispositif est un exemple de raté. Le trou de mémoire, comme oublier d'administrer un médicament, est un exemple de lapsus.

Un échec qui survient lorsque l'action prévue n'est, en réalité, pas la bonne est appelé une *erreur*. Une erreur est un défaut de planification (quand le plan est mauvais). Il peut s'agir d'une erreur d'activation de règles, lorsque la mauvaise règle est appliquée, ou d'une erreur par défaut de connaissance, lorsqu'un clinicien ne prend pas les bonnes mesures. Poser le mauvais diagnostic et, par conséquent, mettre en place un traitement erroné, est un exemple d'erreur par mauvaise utilisation d'une règle. Les erreurs par défaut de connaissance tendent à survenir lorsque les professionnels de santé sont confrontés à des situation cliniques qu'ils ne connaissent pas (voir Figure B.5.1 ci-dessous).

Figure B.5.1. Les principaux types d'erreurs 11



Source : Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000 [4].

Les ratés, les lapsus et les méprises sont des erreurs potentiellement dangereuses pour les patients. Le risque potentiel de dommage dépend du contexte dans lequel l'erreur se produit.

Les situations qui augmentent la probabilité d'erreurs et les stratégies personnelles de réduction des erreurs sont décrites dans le Module 2 *: Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour a sécurité des patients*. Certains principes généraux relatifs à la réduction des erreurs sont énoncés plus bas. James Reason a également mis en avant le concept de « culture de l'erreur » [4] pour les professionnels qui travaillent en première ligne. Ce concept permet d'évaluer le risque existant dans différents contextes en fonction de l'état actuel de la personne impliquée, de la nature du contexte et du risque d'erreur associé à la tâche à accomplir.

→ M2

Situations associées à un risque accru d'erreur 12

De nombreuses études ont montré que, dans certaines circonstances, les étudiants et les cliniciens débutants sont particulièrement vulnérables aux erreurs.

Manque d'expérience

Il est particulièrement important que les étudiants ne pratiquent pas un acte sur un patient ou administrent un traitement pour la première fois sans une préparation adaptée. Les étudiants doivent tout d'abord comprendre ce qu'ils font et s'entraîner sur un mannequin ou tout autre accessoire dans le cadre d'une simulation. S'il s'agit de sa première expérience, l'étudiant(e) devrait être correctement supervisé(e) et surveillé(e) pendant l'intervention ou le traitement.
Les étudiants occupent une place privilégiée. Les patients savent que les étudiants ont des connaissances limitées. Ils comprennent qu'ils sont en phase d'apprentissage. C'est pourquoi il est primordial qu'ils ne prétendent pas avoir plus d'expérience qu'ils n'en ont en réalité, ni qu'ils laissent d'autres personnes les présenter ainsi.

Manque de temps

Les contraintes liées au temps incitent les professionnels à prendre des raccourcis dangereux qu'ils ne devraient pas prendre. Par exemple : ne pas prendre le temps de se laver les mains correctement, ou pour un pharmacien ne pas prendre le temps de donner les conseils appropriés concernant la prise d'un médicament et pour une sage-femme, ne pas bien expliquer les différents stades de l'accouchement à une femme.

Vérification inappropriée

Une simple vérification peut éviter à des milliers de patients de recevoir les mauvais médicaments. Les pharmaciens vérifient systématiquement les médicaments et aident les autres membres de l'équipe soignante à s'assurer que chaque patient reçoit le bon médicament à la bonne posologie et par la bonne voie d'administration. Les étudiants (médecins, dentistes, sages-femmes) devraient établir de bonnes relations avec les pharmaciens et le personnel infirmier qui ont l'habitude de procéder à des vérifications systématiques dans le cadre de leur travail. La vérification est un processus simple que les étudiants peuvent mettre en pratique dès leur arrivée dans un environnement clinique ou un milieu de soins communautaire.

Procédures défectueuses

Plusieurs facteurs peuvent intervenir : une préparation inappropriée, une équipe qualitativement ou quantitativement inadéquate et/ou une attention insuffisante envers un patient en particulier. Des étudiants peuvent être amenés à utiliser un appareil sans savoir totalement ni comment il fonctionne ni comment l'utiliser. Les étudiants devraient se familiariser avec le matériel avant de l'utiliser pour la première fois. Il est très instructif de regarder quelqu'un utiliser un matériel puis de discuter avec cette personne de la manière de l'utiliser.

Information inadéquate

C'est en consignant correctement les détails relatifs au patient, en temps opportun et lisiblement dans le dossier du patient (dossier médical, ordonnance ou toute autre méthode employée pour conserver les informations du patient) que chaque professionnel de santé peut garantir la qualité continue des soins et des traitements. Il est fondamental que les étudiants vérifient systématiquement les informations enregistrées et veillent à ce qu'elles soient lisibles, précises et à jour. Les informations erronées ou inappropriées constituent souvent des facteurs contributifs aux événements indésirables. Une bonne transmission orale des informations est également essentielle. Un très grand nombre de professionnels interviennent dans les soins aux patients. Par conséquent, il est primordial que les communications orales et écrites soient exactes et vérifiées.

Facteurs individuels qui prédisposent les étudiants (et d'autres professionnels de santé) aux erreurs

Outre les situations connues pour être propices aux erreurs, il existe également des facteurs individuels qui prédisposent aux erreurs.

Capacité de mémorisation limitée

La perception que les étudiants ont d'eux-mêmes dans la profession qu'ils ont choisie et l'organisation hiérarchique de leur lieu de travail peut influencer leur volonté de demander de l'aide et leur assurance pour le faire. Il est tout à fait normal que les étudiants demandent de l'aide. Pourtant, pour bon nombre d'entre eux, cette démarche représente toujours un véritable défi. Ainsi, leur capacité à reconnaître leurs limites peut s'en trouver affectée. Le manque de confiance en soi peut être un important facteur dans la décision de demander ou non de l'aide pour maîtriser une nouvelle compétence. Si les étudiants n'ont pas envie de demander de l'aide pour des tâches simples ou ne sont pas suffisamment sûr d'eux pour le faire, le seront-ils lorsqu'ils se trouveront dans une situation difficile ?

Apprendre à demander de l'aide est une compétence essentielle pour tous les étudiants et les cliniciens débutants. Des chercheurs ont étudié le degré de préparation des étudiants en médecine et en soins infirmiers à la pratique clinique. Ces études ont montré qu'un grand nombre d'étudiants en médecine diplômés ont, pendant leurs premières années, des carences au niveau des compétences cliniques de base. Pour le personnel infirmier, la première année de pratique est également placée sous le signe du stress et de compétences inadéquates. Cela pourrait être lié à une réticence à demander de l'aide quand ils faisaient leurs études. La compréhension des signes fondamentaux d'une maladie aigüe, d'une obstruction des voies respiratoires, du bien-être fœtal et maternel et de la réanimation cardio-pulmonaire étaient autant d'exemples de domaines spécifiques dans lesquels les jeunes médecins avaient des connaissances et des compétences inadaptées.

Nombreux sont les étudiants qui pensent qu'être capable de tirer des informations techniques des manuels fera d'eux des bons professionnels de santé. Ce n'est pourtant pas le cas. La quantité d'informations que beaucoup de professionnels de santé sont tenus de connaître aujourd'hui dépasse largement leurs capacités de mémorisation. Le cerveau humain n'est capable de retenir qu'une quantité limitée d'informations. Les étudiants ne devraient pas compter sur leur seule mémoire, en particulier lorsqu'une prise en charge d'un patient comporte de nombreuses étapes. Des recommandations et des protocoles ont été élaborés en vue d'aider les professionnels de santé à fournir des soins et des services selon les meilleures preuves disponibles. Les étudiants devraient prendre l'habitude d'utiliser des check-lists plutôt que de s'appuyer sur leur mémoire.

Fatigue

La fatigue affecte la mémoire. Elle est un facteur connu d'erreurs impliquant les professionnels de santé. Conscients des problèmes liés à la fatigue, de nombreux pays ont déjà modifié le nombre excessif d'heures travaillées par les médecins ou sont en passe de le faire [5]. Le lien entre le manque de sommeil des internes, dû aux longues gardes et à l'interruption des rythmes circadiens, et leur bien-être a été établi il y a trente ans mais ce n'est que récemment que les gouvernements et les autorités de réglementation ont pris au sérieux la limitation du temps de travail. Une étude de 2004 de Landrigan *et al.* [6] était l'une des premières à mesurer les effets de la privation de sommeil sur les erreurs médicales. Elle a montré que les internes qui travaillent au sein de l'unité de soins intensifs et celle de soins coronariens du Brigham and Women's Hospital (Boston, Massachusetts, États-Unis) commettaient des erreurs substantiellement plus graves lorsqu'ils effectuaient souvent des gardes de 24 heures ou plus par rapport à ceux qui faisaient des gardes plus courtes. D'autres études ont révélé que le manque de sommeil peut avoir des effets similaires à l'intoxication alcoolique [7-9]. Des problèmes liés au personnel infirmier qui travaille pendant 12 heures et l'utilisation des heures supplémentaires obligatoires, ainsi que le fait que ces pratiques peuvent entraîner une augmentation des erreurs, ont été documentés dans la littérature.

Stress, faim et maladie

Lorsque les étudiants se sentent stressés, malades ou lorsqu'ils ont faim, ils ne travaillent pas aussi bien. Il est très important que les étudiants surveillent leur propre santé et veillent à leur bien-être. Ils doivent garder à l'esprit le fait que s'ils se sentent mal en point ou stressés, ils sont plus susceptibles de faire des erreurs. L'épuisement professionnel chez les infirmier(ères) débutant(e)s a causé des erreurs et poussé des jeunes recrues à abandonner la profession. Le stress et l'épuisement professionnel sont liés.

Il existe plusieurs moyens mnémotechniques pour aider les étudiants à se surveiller. L'acronyme anglais HALT en est un.

Vérifiez si vous :

avez faim (Hungry)	**H**
êtes énervé (Angry)	**A**
êtes en retard (Late)	**L**
êtes fatigué (Tired)	**T**

L'acronyme IM SAFE est un autre moyen de mémorisation pour l'autosurveillance.

Illness (indisposition)	**I**
Medication (médicaments, sur ou sans ordonnance)	**M**
Stress (stress)	**S**
Alcohol (alcool)	**A**
Fatigue (fatigue)	**F**
Emotion (émotion)	**E**

Facteurs linguistiques et culturels

Le risque d'erreurs de communication causées par des facteurs linguistiques et culturels est évident. Néanmoins, nombreuses sont les interactions entre les patients et les professionnels de santé qui s'en occupent à avoir lieu sans interprète ou langue commune. Les étudiants devraient apprendre à mesurer les problèmes causés par les barrières linguistiques et les incompréhensions liées à des cultures différentes. L'alphabétisme est également un point important à garder à l'esprit. Les professionnels de santé doivent arriver à déterminer la mesure dans laquelle les patients et leurs soignants sont capables de comprendre des instructions écrites.

Comportements dangereux

Les étudiants qui pratiquent sans supervision une procédure ou une intervention sur un patient peuvent être considérés comme faisant preuve d'un comportement dangereux. Ces étudiants recherchent davantage la pratique et l'expérience que le bien-être de leurs patients. Les étudiants devraient toujours se rappeler que le contact avec les patients est un honneur qu'il ne faut pas prendre pour acquis.

Comment apprendre à partir des erreurs ?

Gestion des événements indésirables associés aux soins

La gestion et la surveillance des événements indésirables associés aux soins (EIAS) suppose de recueillir et d'analyser des informations concernant un événement qu'il ait ou non causé un dommage au patient dans un milieu de soins. Un système de gestion des EIAS est un élément essentiel permettant à une organisation d'apprendre à partir de ses erreurs. Les leçons apprises grâce à la déclaration et l'analyse des EIAS permettent à l'organisation d'identifier et d'éliminer les « pièges ». (De plus amples informations relatives à la responsabilité organisationnelle dans la surveillance des incidents sont présentées dans le Module 6 : *comprendreet gérer le risque* clinique.)

Les EIAS sont traditionnellement sous-déclarés, souvent parce que l'approche culpabilisante des EIAS continue de prévaloir en santé. En effet, les infirmier(ères), pharmaciens, médecins, dentistes et sages-femmes qui interviennent en première ligne – et qui le plus souvent sont ceux qui peuvent déclarer l'EIAS – sont également critiqués pour leur rôle dans celui-ci. Comme mentionné plus haut, la situation est fréquemment exacerbée par la présence d'un biais rétrospectif. L'approche culpabilisante est contre-productive à bien des niveaux. (Voir Module 3 : *Comprendre l'organisation des systèmes et l'effet de la complexité sur les soins en santé*.)

La fréquence des signalements et la façon dont les incidents sont analysés, que ce soit par une approche systémique ou culpabilisante, dépendent largement

de la gouvernance et de la culture d'une organisation. Ces dernières années, l'importance de la culture organisationnelle dans les soins de santé a fait l'objet d'une attention accrue [10], faisant ainsi écho aux leçons apprises en matière de sécurité des systèmes dans d'autres secteurs d'activité. Il existe probablement une corrélation entre la culture organisationnelle d'un établissement de soins et la sécurité des patients qui y sont traités.

Une culture organisationnelle reflète les valeurs partagées et les croyances qui interagissent avec la structure de l'organisation pour produire des comportements [11]. Les organisations qui ont une forte culture de la déclaration sont bien placées pour apprendre à partir des erreurs car les membres du personnel se sentent en confiance pour faire part des problèmes réels ou potentiels, sans crainte du ridicule ou de la réprimande. Les étudiants et les cliniciens débutants font partie intégrante de la culture de l'organisation. Ils peuvent avoir l'impression de ne pas peser suffisamment pour changer ou influencer les choses dans leur environnement de travail mais ils peuvent eux aussi chercher des moyens d'améliorer le système. Par exemple, ils peuvent tout simplement faire preuve de respect envers les autres membres de l'équipe soignante, y compris les patients, lors des discussions relatives à la prise en charge, ou proposer une tasse de café à leurs collègues si eux-mêmes s'en préparent une. Pour aider à faire évoluer la culture, les étudiants peuvent également éviter de montrer du doigt les personnes impliquées dans un événement indésirable. Si un étudiant entend des membres du personnel parler de quelqu'un qui a commis une erreur, il peut orienter la discussion sur les facteurs sous-jacents ayant pu y contribuer.

La déclaration anonyme, le retour d'informations dans les temps, la reconnaissance publique des succès de la gestion des EIAS et de la déclaration des presque-accidents constituent également des stratégies efficaces en termes de gestion et de surveillance des EIAS [7]. La déclaration des presque-accidents s'avère également utile dans la mesure où les presque-accidents constituent des « avertissements sans frais pour le patient ». En effet, suite à l'enquête, des améliorations du système peuvent être effectuées et le patient n'aura subi aucun dommage.

Analyse des Causes Racines

Voir également le Module 7 *: Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins*.

Un certain nombre de modèles ont été mis au point à l'aide des principes de l'Analyse des Causes Racines. L'un deux, appelé *le protocole de Londres*, a été conçu par Charles Vincent et ses collègues. Il s'agit d'un modèle facile à comprendre qui guide l'équipe à travers toutes les étapes d'une enquête clinique. Voir l'Encadré B.5.1 pour une description de ces étapes.

Encadré B.5.1. Le protocole de Londres

Détails d'une procédure d'enquête

Quels EIAS devraient faire l'objet d'une enquête ?

Examiner le dossier du patient

Cerner le problème

Interroger le personnel

Comment est-ce arrivé ?–identifier les problèmes de soins
Pourquoi est-ce arrivé ?–identifier les facteurs contributifs

Analyse de cas
Si le protocole est systématiquement suivi et si l'interrogatoire et l'analyse sont rigoureusement conduits, le rapport de l'EIAS ainsi que ses implications devraient ressortir de l'analyse de façon relativement simple. Une fois terminée, l'analyse génère un résumé clair du problème et des circonstances qui l'ont provoqué et met bien en évidence les lacunes du processus de soins. La dernière partie du rapport se penche sur les implications de l'EIAS sur le service ou l'organisation concerné(e) et recommande les mesures correctives à mettre en place.

Source : Vincent C *et al.* How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *British Medical Journal*, 2000, 320: 777–781.

Le Veterans Affairs National Center for Patient Safety (Centre national des anciens combattants pour la sécurité des patients) du département américain des Anciens combattants a conçu un autre modèle qui utilise également une approche structurée de l'Analyse des Causes Racines afin d'évaluer et d'analyser les EIAS graves, d'une part, et d'améliorer le système pour éviter qu'ils ne se reproduisent, d'autre part [12]. Tous les modèles d'examen rétrospectif posent les questions suivantes [1] :

- Que s'est-il passé ?
- Qui était impliqué ?
- Quand est-ce arrivé ?
- Où est-ce arrivé ?
- Quel était le degré de gravité du dommage réel ou potentiel ?
- Quelle est la probabilité de récidive ?
- Quelles ont été les conséquences ?

L'Analyse des Causes Racine se concentre sur le système et non sur le professionnel de santé. Elle considère l'EIAS à l'origine du dommage causé au patient comme une défaillance du système. Dans le système du Veterans Affairs National Center for Patient Safety (VA), ainsi que ceux utilisés en Australie et partout ailleurs, une hiérarchisation de la gravité est utilisée pour trier les EIAS déclarés afin de garantir que ceux qui présentent les risques les plus sérieux soient pris en charge en priorité.

Le modèle d'Analyse des Causes Racines est axé sur la prévention et non sur la culpabilisation ou la sanction. (Lorsque l'on veut mettre l'accent sur la responsabilité des personnes impliquées, d'autres modèles sont employés.) Ce type d'analyse s'intéresse aux vulnérabilités systémiques, pas aux performances individuelles. Ce modèle examine plusieurs facteurs tels que la communication, la formation, la fatigue, le calendrier des tâches/activités et du personnel, l'environnement, le matériel, les règles, les politiques de santé et les barrières.

Les caractéristiques d'une Analyse des Causes Racines incluent [13] :

- une analyse par une équipe interprofessionnelle au courant des processus impliqués dans l'événement ;
- une analyse des systèmes et des processus plutôt que des performances individuelles ;
- une analyse approfondie qui pose les questions « quoi ? » et « pourquoi ? » jusqu'à ce que tous les aspects du processus soient étudiés et tous les facteurs contributifs envisagés ;
- l'identification de modifications potentielles à apporter aux systèmes ou aux processus afin d'améliorer les performances et de réduire la probabilité de survenue d'événements indésirables ou de presque-accidents similaires à l'avenir.

Stratégies visant à réduire les erreurs

Les étudiants peuvent immédiatement commencer à mettre en pratique des comportements de réduction des erreurs en prenant soin d'eux-mêmes. Les étudiants devraient :

- savoir quand ils sont fatigués ;
- se familiariser avec leur environnement de travail : et
- être prêts à affronter les situations ordinaires sachant que des événements inhabituels peuvent se produire.

Nous sommes conscients que personne ne peut tout savoir sur tout. Par conséquent, il faut que les étudiants s'habituent à poser des questions lorsqu'ils ignorent quelque chose d'important qui a trait à leurs patients. Voici quelques stratégies personnelles de réduction des erreurs que les étudiants peuvent employer :

- prendre soin de soi (manger et dormir correctement, se soigner) ;
- connaître son environnement ;
- connaître sa/ses tâche(s) ;
- se préparer et planifier (*que faire si ?*...) ;
- intégrer des vérifications à ses tâches quotidiennes ;
- demander lorsqu'on ne sait pas.

Les étudiants devraient partir du principe que des erreurs vont se produire. Pour beaucoup, cela marquera un véritable changement car, dans certaines cultures, on continue de penser que les professionnels de santé qui commettent des erreurs sont mauvais ou incompétents. Les étudiants devraient se préparer à la survenue d'erreurs. Cela inclut d'identifier les circonstances les plus susceptibles de conduire à des erreurs (comme les périodes à haut risque).

Par exemple, les recherches ont identifié des situations au cours desquelles le risque que les étudiants infirmiers commettent des erreurs pendant l'administration de médicaments augmente [14]. Ces situations incluent :

- une posologie et/ou une fréquence d'administration inhabituelles ;
- l'enregistrement non standard ou incorrect des informations ;
- l'absence d'enregistrement des médicaments administrés ;
- des ordonnances partiellement respectées ;
- l'interruption des traitements médicamenteux ;
- des problèmes de surveillance. Par exemple, les étudiants doivent vérifier les signes vitaux avant d'administrer un médicament ;
- l'utilisation de liquides réservés à une administration orale mais donnés par voie parentérale.

Il est important d'avoir des plans de secours pour faire face aux problèmes, aux interruptions et aux distractions. Les étudiants devraient toujours répéter mentalement les procédures complexes ou toute autre activité impliquant un patient qu'ils pratiquent pour la première fois.

Résumé 27

L'erreur médicale est un phénomène complexe, inévitable et lié à la nature humaine .
Les conseils énumérés ci-dessous pour limiter les erreurs potentielles causées par les humains ont fait leurs preuves [15].

- Éviter de compter sur sa mémoire.
- Simplifier les processus.
- Standardiser les procédures et les processus communs.
- Utiliser systématiquement des check-lists.
- Réduire la dépendance à la vigilance.

Voir également la discussion du Module 2 : *Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients.* → M2

La déclaration et l'analyse des évènements indésirables associés aux soins permettent, à partir des erreurs commises, d'apprendre aussi bien à un niveau individuel qu'au niveau d'une organisation. Les barrières à l'apprentissage par l'erreur sont constituées par l'existence d'une culture de la faute qui prend en compte une approche culpabilisante et rétrospective. Développer une organisation apprenante et faire changer le système nécessitent une approche systémique générale.

L'Analyse des Causes Racines est une approche systémique structurée de l'analyse des événements indésirables associés aux soins, généralement réservée aux dommages les plus graves ayant atteint les patients. Les étudiants ne pourront sans doute observer ou participer à un processus d'Analyse des Causes Racines qu'en de rares occasions. Les professionnels de santé fraîchement diplômés devraient pourtant essayer d'y prendre part.

Stratégies et formats d'enseignement

Exercices de simulation

Différents scénarios peuvent être imaginés concernant des EIAS et la nécessité de déclarer et d'analyser les erreurs. Il est possible de faire des exercices pratiques visant à montrer les erreurs à éviter. En outre, il conviendrait d'encourager les étudiants à s'exercer aux stratégies de gestion des erreurs.

Exposé interactif/didactique

Les diaporamas ci-joints pourront vous guider afin de couvrir l'ensemble du module. Il est possible d'utiliser les présentations PowerPoint ou de les convertir en diapositives pour rétroprojecteur. Commencez la session par une étude de cas issue de la Banque d'études de cas ou demandez aux étudiants d'identifier certaines des erreurs qu'ils ont récemment commises.

Discussion en petits groupes

Un petit groupe de discussion pourrait se concentrer sur les erreurs qui se produisent fréquemment sur le lieu de travail. Vous pouvez également demander à un ou plusieurs étudiants de mener une discussion sur les domaines couverts dans le module. Pour ce faire, les étudiants peuvent suivre l'ordre des titres tels qu'ils apparaissent et présenter le document. Le tuteur animant cette session devrait également être familiarisé avec son contenu afin de pouvoir y ajouter des informations relatives au système de santé local et à l'environnement clinique.

Autres activités d'enseignement

Il existe différentes méthodes pour lancer une discussion sur les domaines du module, notamment :

– demander aux étudiants de tenir un journal dans lequel ils parlent d'une erreur ou d'un presque-accident qu'ils ont observé (noter ce qu'il s'est passé, classer le type d'erreur, formuler des recommandations sur la façon d'empêcher qu'une situation similaire se reproduise) ;
– choisir une des études de cas présentées plus haut pour servir de base à une discussion concernant les erreurs les plus courantes en matière de soins de santé ;
– utiliser des exemples publiés/diffusés dans les médias ;
– utiliser des cas anonymisés issus de votre établissement ou cabinet ;
– utiliser une étude de cas en vue d'inciter les étudiants à faire du brain-storming (ou du remue méninges) sur les erreurs possibles et les facteurs associés ;
– emprunter des exemples de leçons apprises à partir des erreurs et des défaillances systémiques touchant d'autres industries ;
– inviter un professionnel d'une autre discipline, comme l'ingénierie ou la psychologie, afin de discuter de la théorie de la causalité des erreurs, des cultures de la sécurité et du rôle de la déclaration des erreurs dans la sécurité ;
– inviter des professionnels de santé expérimentés et respectés à parler des erreurs qu'ils ont commises ;
– demander à la personne chargée de l'amélioration de la qualité dans un hôpital de s'adresser aux étudiants au sujet de la collecte des données, de l'analyse et des résultats ainsi que des rôles des différents membres du personnel dans le processus d'amélioration de la qualité ;
– inviter un responsable de la qualité et de la sécurité à parler des systèmes existants qui visent à minimiser les erreurs et à gérer les événements indésirables dans une structure/un système particulier ;
– discuter des différences entre les défaillances systémiques, les violations et les erreurs (voir Module 4) ;
– utiliser une étude de cas pour analyser les différents moyens de gérer un événement indésirable ;
– participer à, ou observer, une Analyse des Causes Racines.

Activités pour les étudiants sur leur lieu de travail ou lors des stages cliniques

Il est possible de demander aux étudiants :

– d'assister à une Analyse des Causes Racines ;
– de découvrir si leur établissement de soins organise des revues de morbidité-mortalité ou d'autres groupes d'analyse par les pairs dans lesquels les EIAS sont examinés ;
– de discuter entre eux des erreurs observées dans leur environnement de travail au moyen d'une approche non basée sur la réprobation. Demander aux étudiants d'identifier les erreurs mais également les stratégies visant à les prévenir ;
– de choisir un milieu clinique ou de thérapeutique dans lequel ils sont en formation et de se renseigner sur les principaux types d'erreurs commises dans ce domaine et les mesures à prendre pour minimiser les erreurs et en tirer les enseignements qui s'imposent.

Études de cas

Alerte concernant l'administration de vincristine

Les études de cas qui suivent portent sur l'administration de vincristine et les effets indésirables qui peuvent y être associés.

Hong Kong, 7 juillet 2007

Une femme de 21 ans est décédée suite à l'administration de vincristine par erreur par voie rachidienne. Une enquête est en cours. La vincristine (et tous les vinca-alcaloïdes) ne doit être administrée que par voie intraveineuse au moyen d'une poche à perfusion. La vincristine, un agent chimiothérapeutique largement utilisé, ne peut être administrée que par voie intraveineuse et jamais par une autre voie. Dans le cadre de leur protocole thérapeutique, de nombreux patients traités par vincristine reçoivent également d'autres médicaments par voie rachidienne. Cela conduit à des erreurs où la vincristine est administrée par cette voie. Depuis 1968, cette erreur a été signalée 55 fois dans différents établissements du monde. Des mises en garde répétées ont été lancées et des exigences et des normes en matière d'étiquetage ont été adoptées. Cependant, les erreurs associées à l'administration accidentelle de vincristine par voie rachidienne continuent de se produire.

Autres décès et presque-accidents récents :

États-Unis, novembre 2005

Un homme de 21 ans est traité pour un lymphome non hodgkinien. Une seringue contenant de la vincristine destinée à un autre patient est, par mégarde, placée auprès du patient. Un médecin a administré la vincristine par voie rachidienne en pensant qu'il s'agissait d'un autre médicament. L'erreur n'a pas été identifiée et, trois jours plus tard, le patient est décédé.

Espagne, octobre 2005

Une femme de 58 ans est traité pour un lymphome non hodgkinien. Une seringue de 20 ml de vincristine est préparée et livrée dans un paquet contenant deux autres médicaments dont du méthotrexate. La voie d'administration n'était pas indiquée sur les différentes solutions. Le traitement intrathécal a été administré à midi. L'hématologue était particulièrement et a demandé de l'aide à un autre médecin qui n'avait pas récemment participé à des procédures d'injection intrathécales. Le médicament a été livré dans la chambre du patient. L'infirmier(ère) qui assistait ne connaissait pas bien les injections intrathécales. La seringue de 20 ml de vincristine a été remise au médecin qui a commencé à l'injecter. Après avoir injecté 2 ml environ, le médecin a remarqué la taille de la seringue et, réalisant l'erreur, a immédiatement cessé d'administrer le produit. Le patient est décédé environ 100 jours plus tard.

Australie, 2004

Un homme de 28 ans atteint d'un lymphome de Burkitt a reçu du méthotrexate par voie rachidienne. Le médecin a noté que « la vincristine et le méthotrexate [sont] administrés par injection intrathécale comme demandé ». L'étiquette de mise en garde de la vincristine était incomplète, petite et lue dans une pièce sombre. L'erreur n'a pas été identifiée avant cinq jours, après la survenue d'une paralysie des membres inférieurs. Le patient est décédé en 28 jours.

Questions

– Quels facteurs ont pu causer l'erreur dans les exemples ci-dessus ?

– Quelles mesures les organisations pourraient-elles prendre pour garantir que de telles catastrophes ne se reproduisent plus ?

– Si vous dirigiez un hôpital, que feriez-vous dans chacun de ces cas ?

Source : Organisation mondiale de la Santé, SM/MC/IEA.115 (http://www.who.int/patientsafety/highlights/PS_alert_115_vincristine.pdf; consulté le 20 février 2011).

Une infirmière parle pour corriger une erreur et protéger le patient d'un résultat défavorable

Ce cas illustre l'importance de s'exprimer haut et fort si l'on pense que la sécurité du patient est compromise.

Alors que le briefing de l'équipe préopératoire (discussion de l'équipe avant une intervention chirurgicale) touchait à sa fin, une infirmière a pris la parole et indiqué que « le patient a une lentille de contact dans l'œil gauche. »

L'anesthésiste a demandé s'il s'agissait d'une lentille permanente. L'infirmière a vérifié et constaté que c'était une lentille jetable. L'anesthésiste a demandé au patient pourquoi il portait cette lentille de contact mais le patient était sous sédatif et pas très cohérent dans sa réponse. L'infirmière a expliqué que le patient ne peut pas voir sans sa lentille. L'anesthésiste a indiqué à l'équipe opératoire que le patient ne devrait pas porter de lentille sous anesthésie et qu'il n'aurait pas dû être endormi avec. Un membre de l'équipe a demandé à l'anesthésiste s'il souhaitait que la lentille soit retirée, ce à quoi il a répondu « Il ne peut pas être sous anesthésie avec la lentille. »

L'interne en chirurgie a aidé le patient à retirer sa lentille. Le patient a demandé un endroit pour la conserver. On a trouvé de la solution saline dont on a rempli un petit récipient dans lequel on a placé la lentille.

Question

– Quelles pourraient être les implications préopératoires de ce cas du point de vue des soins infirmiers ? Que faudrait-il faire pour empêcher que de tels incidents se reproduisent ?

Source : Groupe de travail - WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Cas fourni par Lorelei Lingard, Professeur agrégé, université de Toronto, Toronto, Canada.

Erreur de médicament à la maternité

Le cas suivant montre comment de multiples facteurs peuvent causer des dommages aux patients.

Une primipare de 25 ans à 32 semaines de grossesse est arrivé aux urgences avec une douleur dorsale sévère. Elle a été admise et envoyée au service de maternité qui était chargé et manque de personnel. Le monitoring fœtal indiquait des contractions toutes les 8 à 10 minutes. L'obstétricien a examiné la patiente et recommandé une perfusion en continue de tocolytiques pour réduire l'activité utérine et éviter la naissance prématurée du bébé.

Toutes les sages-femme étaient occupées avec d'autres patientes qui accouchaient. Une étudiante sage-femme a alors été chargée de préparer la perfusion. Elle ne connaissait pas le cas et angoissait à l'idée de demander à son tuteur. Il était évident que la patiente est enceinte de 32 semaines mais, malgré tout, l'étudiante n'est pas parvenue à mesurer la hauteur utérine. L'étudiante a préparé et posé une perfusion d'oxytocyne (pour accélérer le travail) au lieu des tocolytiques prévus. L'erreur n'a pas été identifiée avant des heures et, le jour suivant, la patiente a accouché d'un nouveau-né prématuré qu'il a fallu transférer en unité de soins intensifs néonatals en raison de graves difficultés respiratoires.

Discussion

– Discutez du cas en examinant les facteurs associés à l'étudiante, à la patiente, au tuteur, à l'organisation et à l'environnement.

– Comment l'événement indésirable aurait-il pu être évité ?

Source : Cas fourni par Andrea Stiefel, Msc, Université des sciences appliquées de Zurich, Winterthur, Suisse.

Le décès d'un enfant

Lisez l'étude de cas qui figure dans l'introduction de ce module et demandez aux étudiants de réfléchir aux questions suivantes.

– A l'aide d'une approche systémique, réfléchissez à ce qui aurait pu être fait autrement à différents moments du cas, dans le cabinet du dentiste, dans l'unité de soins ambulatoires et à l'hôpital.

– Qu'aurait-il fallu faire lors du transfert entre l'unité de soins ambulatoires et l'hôpital pour garantir que le patient soit pris en charge plus rapidement ?

– Donnez des exemples de précautions qui peuvent être prises dans les milieux cliniques pour éviter l'empoisonnement accidentel des enfants.

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

Outils et ressources documentaires

Un éventail de ressources sur l'erreur médicale et des sujets connexes est disponible sur le site Internet de l'Agency for Healthcare Research and Quality de la faculté de médecine de New York aux États-Unis (http://www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm ; consulté le 21 février 2011).

Évaluation des connaissances de ce module

Plusieurs stratégies d'évaluation sont adaptées à ce module, notamment les QCM, les dissertations, les questions à réponse courte, les discussions de cas et les auto-évaluations. Pour favoriser efficacement la compréhension, vous pouvez demander à un étudiant ou un groupe d'étudiants de procéder à une enquête sur un EIAS ou de simuler une Analyse des Causes Racines.

Évaluation de l'enseignement de ce module

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

Références

1. Runciman W, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health-care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
2. Reason JT. *L'erreur humaine*. Paris, Presse des Mines, Collection Économie et gestion, 2013.
3. Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000, 320:768–770.

4. Reason JT. Beyond the organisational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:28–33.
5. Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *Journal of Medical Education*, 1973, 48:436-441.
6. Landrigan CP et al. Effect of reducing interns' working hours on serious medical errors in intensive care units. *New England Journal of Medicine*, 2004, 351:1838–1848.
7. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235.
8. Leonard C et al. The effect of fatigue, sleep deprivation and onerous working hours on the physical and mental well being of pre-registration house officers. *Irish Journal of Medical Sciences*, 1998, 176:22–25.
9. Larson EB. Measuring, monitoring, and reducing medical harm from a systems perspective: a medical director's personal reflections. *Academic Medicine*, 2002, 77:993–1000.
10. Flin R *et al.* Measuring safety climate in health care. *Quality and Safety in Health Care*, 2006.
11. Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*, 3rd ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2000.
12. *Root cause analysis*. Washington, DC, Veterans Affairs National Center for Patient Safety, United States Department of Veterans Affairs (http://www.va.gov/NCPS/curriculum/RCA/index.html; consulté le 20 février 2011).
13. University of Washington Center for Health Sciences. *Best practices in patient safety education module handbook*. Seattle, University of Washington Center for Health Sciences, 2005.
14. Institute for Safe Medication Practices. Error-prone conditions can lead to student nurse-related medication mistakes. *Medical News Today*, 20 October 2007 (http://www.medicalnewstoday.com/articles/86983.php; consulté le 20 février 2011).
15. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.

Lectures supplémentaires

Symon A. *Obstetric litigation from A-Z. Salisbury, UK, Quay Books, Mark Allen Publishing, 2001.*

Wilson JH, Symon A. eds. Clinical risk management in midwifery: the right to a perfect baby, Oxford, UK, Elsevier Science Limited, 2002.

Diaporamas pour le Module 5 : Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages

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

Les diaporamas du Module 5 ont pour objectif d'aider le formateur à en transmettre le contenu. Ils peuvent être modifiés et adaptés à la culture et au contexte locaux. Les formateurs peuvent choisir de ne pas utiliser toutes les diapositives. Il est d'ailleurs préférable d'adapter ces dernières aux domaines couverts lors de la session de formation.

Module 6
Comprendre et gérer les risques cliniques

Complication par défaut de surveillance d'un pansement compressif

Un père a emmené sa fille de deux ans, Hao, aux urgences d'un hôpital régional un vendredi soir. Hao avait des antécédents récents de bronchite et avait déjà été vue en consultation externe. Le médecin a hospitalisé Hao afin de la traiter pour une pneumonie. Une perfusion intraveineuse était posée sur le dos de son pied gauche et un bandage circulaire était réalisé. Elle était ensuite transférée dans le service et placée sous la surveillance du personnel infirmier et d'un médecin de garde pour le week-end. Le bandage du pied n'était pas vérifié avant le dimanche matin tôt (soit près de 48 heures plus tard), bien qu'une lésion cutanée, qui constitue un facteur de risque connu chez le nourrisson, puisse survenir dans les 8 à 12 heures. Une zone de nécrose était apparue au niveau du talon gauche et des ulcères se développaient ensuite sur la partie supérieure du pied gauche. Après sa sortie de l'hôpital avec un simple traitement local, Hao était réadmise dans un autre établissement pour enfants où elle a eu besoin de soins prolongés. Elle a également développé des troubles du comportement à la suite de cette mésaventure.

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

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

La gestion des risques est une pratique courante dans la plupart des secteurs d'activité qui vise généralement à minimiser les frais en rapport avec les litiges. En santé, les litiges consistent habituellement en actions en justice engagées par des patients contre un professionnel de santé ou un hôpital quand ils considèrent qu'un dommage leur a été causé par les soins ou un traitement. Quand il s'agit d'entreprises ce sont des stratégies pour éviter les pertes financières, fraudes ou incapacités à atteindre les objectifs de production qui seront mises en œuvre. Pour ne pas rencontrer les problèmes évoqués dans l'étude de cas décrite ci-dessus, les hôpitaux et les organisations de soins ont recours à diverses méthodes de gestion des risques. Cependant, le succès d'un programme de gestion des risques nécessite de construire et faire vivre un système de soins sûr, conçu pour minimiser la survenue d'événements indésirables et optimiser le travail des professionnels [1]. De nombreux établissements et services de soins ont déjà mis en place des systèmes permettant, entre autres, le signalement des chutes de patients, des erreurs médicamenteuses, des oublis de compresses durant une intervention et des erreurs d'identification de patients. Néanmoins, la plupart des services de soins viennent juste de commencer à s'intéresser aux différents aspects des pratiques cliniques dans le but d'en réduire les risques pour les patients.

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

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

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

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

La gestion des risques cliniques se concentre

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

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

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

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

Objectif d'apprentissage

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

Acquis de l'apprentissage : connaissances théoriques et pratiques

Connaissances théoriques

Les étudiants doivent :

- savoir comment réunir des informations au sujet des risques ;

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

Connaissances pratiques 6

Les étudiants doivent :

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

Obtenir des informations sur les risques 7

Les étudiants peuvent ne pas être immédiatement au courant qu'il existe un programme de gestion des risques au sein de leur hôpital, clinique ou lieu de travail. Toutefois, la plupart des établissements de santé dans le monde ont recours à une série de dispositifs pour mesurer les dommages causés aux patients et au personnel et pour éviter les problèmes connus. Certains pays disposent de données importantes nationales et régionales sur les EIAS. En Australie, l'Advanced Incident Management System constitue une approche globale de déclaration et d'analyse des EIAS. Aux États-Unis, le Department of Veterans Affairs (département américain des anciens combattants) a mis en place un centre national pour la sécurité des patients utilisant une approche structurée appelée *Analyse des Causes Racines* afin d'évaluer, d'analyser et de traiter ce type de problèmes. (Voir les modules 5 et 7 pour en savoir plus sur l'Analyse des Causes Racines). → M5 M7

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

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

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

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

Surveillance des EIAS

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

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

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

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

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

Certaines organisations encouragent non seulement le signalement des EIAS, mais également celui des « presque erreurs », notamment pour la valeur ajoutée que ces derniers présentent en matière d'identification des nouveaux problèmes et des facteurs contributifs, ce qui permet ainsi de les éviter avant que des dommages graves ne soient causés aux patients. Un « presque accident » est un EIAS qui n'a pas provoqué de dommage. Le « presque accident » est parfois également appelé « presque atteinte » car les actes réalisés auraient pu causer un événement indésirable si des mesures correctives n'avaient pas été prises à temps. Dans les contextes où la culture du blâme est bien ancrée, parler de « presque accident » peut s'avérer plus facile que parler d'EIAS aux conséquences lourdes car personne ne risque d'être culpabilisé dans la mesure où aucun dommage n'a été causé au patient. Par exemple, il est probablement plus aisé pour un pharmacien de discuter d'une erreur médicamenteuse repérée avant la dispensation grâce à un système de vérification. Dans de tels cas, les erreurs n'ont pas été commises mais auraient pu l'être en l'absence de systèmes permettant de les identifier et de les prévenir. Voir Tableau B.6.1 pour plus d'informations sur la surveillance des EIAS.

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

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

[a] Un EIAS peut relever de plusieurs catégories.

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

Événements sentinelles

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

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

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

Rôle des plaintes dans l'amélioration des soins

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

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

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

Les plaintes permettent aussi de [4]:
- favoriser le maintien de standards de soins élevés ;
- réduire la fréquence des litiges ;
- pérenniser la confiance dans la profession ;
- encourager l'auto-évaluation ;
- protéger le public.

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

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

Plaintes et questions de responsabilité individuelle

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

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

Enquêtes du *coroner*

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

Aptitude à exercer

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

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

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

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

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

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

Qualification ordinale

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

Certification

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

Inscription au tableau (autorisation d'exercer)

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

Responsabilité individuelle dans la gestion du risque

La plupart des étudiants expérimentés commence-ront à avoir des rôles et des responsabilités plus

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

Les étudiants devraient :

- Apprendre à orienter vers un autre professionnel de santé ou une autre équipe soignante. Pour ce faire, les compétences requises sont l'utilisation des bonnes procédures d'identification et la fourniture d'un compte-rendu précis de la situation du patient, de ses problèmes de santé ou sociaux actuels et des résultats de tout examen associé. Il est important de ne faire figurer lisiblement dans la lettre d'orientation ou la demande de consultation que les informations jugées pertinentes et nécessaires.
- Apprendre à passer un appel à un médecin généraliste ou à un autre membre de l'équipe soignante. Au départ, les étudiants devraient s'assurer de la présence d'un superviseur ou d'une personne expérimentée pour leur prêter main forte. Ils devraient s'entraîner à fournir des informations précises concernant le patient en veillant à utiliser les bons termes, en ayant recours à des techniques qui permettent de s'assurer que la personne à l'autre bout du fil a bien compris le message, en recherchant des informations sur ce qui est préoccupant et en joignant un résumé écrit de la conversation téléphonique au dossier du patient. Certaines de ces activités sont décrites dans le module 4 : *Etre un membre d'équipe efficace*. → M4
- Apprendre à écrire un courrier d'orientation lors du transfert du patient vers un autre professionnel de santé ou une autre équipe. Le courrier devra contenir les informations permettant d'identifier le patient, les dates d'admission et de sortie/de traitement et le nom des professionnels en charge de ce traitement, ainsi qu'un compte-rendu précis du traitement fourni, le diagnostic final, les principaux examens, la raison du traitement et le stade de la maladie. Il devra décrire le traitement et les interventions réalisées, le résultat, l'organisation du suivi et les principaux examens. Il devra inclure une liste précise et complète des traitements et des médicaments, indiquant la dose, la voie d'administration et la durée prévue. Ce courrier devra impérativement être lisible et signé par la personne responsable.
- Savoir qui sont les professionnels référents dans chaque situation.

Impact de la fatigue sur l'aptitude à exercer 11

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

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

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

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

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

Problèmes de stress et de santé mentale

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

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

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

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

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

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

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

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

Problèmes de communication → M4 M8
De nombreux professionnels de santé, notamment les infirmier(ère)e, les sages-femmes, les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les radiologues, sont tenus d'enregistrer les informations qui ont été données aux patients et aux autres professionnels, et notamment toute correspondance avec le personnel de laboratoire Transmettre des informations, oralement et par écrit, est un exercice complexe. Peu d'établissements de santé ont établi des règles en la matière. Le rôle que joue la bonne communication dans la dispensation de soins de qualité et le rôle que joue la mauvaise communication dans la dispensation de soins inappropriés sont tous deux bien documentés. La réussite du traitement d'un patient dépend souvent des communications informelles entre les membres du personnel et de leur compréhension du milieu de travail [13]. Des erreurs thérapeutiques résultant d'une mauvaise communication ou de l'absence de communication surviennent chaque jour en santé. Les check-lists, les protocoles et les plans de soins conçus pour certaines catégories de patients constituent des outils de communication efficaces pour les prescriptions.

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

Comment comprendre et gérer les risques cliniques 12

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

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

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

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

Savoir quand et comment demander de l'aide à un formateur, superviseur ou professionnel de santé expérimenté.
Les étudiants craignent souvent que leurs formateurs ne les considèrent comme des mauvais élèves ou les déconsidèrent s'ils reconnaissent ignorer quelque chose. Il est important que les étudiants reconnaissent les limites inhérentes à leur manque de connaissances et d'expérience, et sachent rechercher de l'aide et demander des informations. En effet, les professionnels inexpérimentés peuvent causer des dommages aux patients. Les étudiants devraient clairement savoir à quelle personne s'adresser sur leur lieu de travail et savoir quand et comment la contacter. Cette personne sera en mesure de leur prêter main forte s'ils se retrouvent dans des situations sortant de leur champ de connaissances et de compétences. Il est indispensable que les étudiants sachent demander de l'aide même si cela les rend mal à l'aise. Tous les professionnels de santé ont bien conscience que les étudiants commencent tout juste leur carrière et que leurs connaissances et leurs compétences sont limitées. Ils ne s'attendent pas à ce que les étudiants ou les nouveaux arrivants disposent d'emblée de toutes les connaissances requises pour traiter seuls des patients. Ils s'attendent à ce que les étudiants viennent les solliciter. Mais cela peut devenir compliqué lorsqu'un formateur ou un superviseur est difficilement disponible. Dans ce cas, les étudiants devraient rechercher de l'aide auprès d'une autre personne compétente, plus disponible. Ils peuvent en discuter avec le superviseur, afin de valider cette organisation.

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

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

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

Résumé 13

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

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

Stratégies et formats d'enseignement

Exposé interactif/didactique

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

Discussions avec un échantillon de professionnels

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

Discussion en petits groupes

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

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

Exercices de simulation

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

Autres activités d'enseignement

– Les étudiants pourraient participer en observateurs à une réunion sur la gestion des risques ou rencontrer les personnes en charge de la gestion des plaintes pour le service ou l'établissement de santé. Dans le cadre de cet exercice, les étudiants pourraient poser des questions sur la politique de l'établissement en matière de gestion des plaintes et sur la façon de procéder lors de la réception d'une plainte. Il est également possible de leur demander de prendre part à un processus d'annonce d'un dommage associé aux soins.

– Après ces activités, il convient de demander aux étudiants de se réunir par deux ou en petits groupes afin de discuter avec un tuteur ou un formateur de ce qu'ils ont observé, de leur demander s'ils ont ou non identifié les méthodes qui leur avaient été enseignées et si elles se sont avérées efficaces.

Études de cas

Les insuffisances du mode de fonctionnement d'un chirurgien orthopédiste

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

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

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

Question

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

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

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

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

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

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

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

Non conformité des salles d'examen en médecine générale
Ce cas montre l'importance du rôle que peuvent jouer les plaintes dans l'amélioration des soins.

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

L'Health Care Complaints Commission a recommandé que le New South Wales Medical Board effectue une visite sur site pour conseiller le personnel, le sensibiliser aux recommandations du ministère de la Santé australien en matière de lutte contre les infections et s'assurer que les mesures appropriées soient prises pour protéger la santé publique. Denise a été contente d'apprendre que le cabinet avait fait des progrès à la suite de sa plainte.

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

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

Gestion inadéquate d'une plainte
Ce cas montre l'importance de gérer les plaintes à temps.

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

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

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

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

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

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

Questions

– Quelles mesures les professionnels de santé auraient-ils pu prendre pour aider l'infirmier en difficulté ?

– Quelles politiques le service de santé devrait-il instaurer pour protéger les patients des professionnels de santé toxico-dépendants ou dont les facultés sont altérées ?

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

Oubli de vérifier si une femme est enceinte

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

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

Question

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

Contexte et source : entre octobre 2003 et novembre 2009, l'United Kingdom National Health Service National Patient Safety Agency a reçu 42 compte-rendus de patientes ayant subi une procédure planifiée sans document attestant qu'il avait été vérifié dans la période préopératoire si elles étaient ou non enceintes. Trois cas d'avortement spontané ont été signalés à la suite de ces procédures (Department of Health gateway reference NPSA/2010/RRR011. Issue date, 28 April 2010. Des informations récentes sont disponibles en anglais à l'adresse suivante : http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=73838; consulté le 21 février 2011).

Administration de médicaments à un nouveau-né

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

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

Discussion

– Identifier tous les facteurs potentiellement présents au moment de la survenue de cet EIAS.

– Cet EIAS devrait-il être déclaré ?

– Aborder les différentes méthodes de gestion des EIAS.

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

Mauvaise communication

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

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

Questions

– Quels facteurs ont contribué à rendre le patient malade ?

– A qui cette erreur devrait-elle être déclarée ?

– Qui devrait se charger de la déclarer ?

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

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

Outils et ressources documentaires

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

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

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

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

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

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

Évaluation des connaissances de ce module

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

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

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

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

Évaluation de l'enseignement de ce module

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

Références

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

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

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

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

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

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

Module 7
Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins.

Introduction. Pourquoi les étudiants ont-ils besoin de connaître les méthodes visant à réduire les dommages et améliorer les soins ?

Depuis les premières études sur l'ampleur des dommages causés aux patients, la sécurité des patients est devenue une discipline dotée d'une base théorique et des méthodes des sciences de la sécurité conçues pour mesurer les événements indésirables associés aux soins (EIAS) et apporter des améliorations concrètes et durables en vue d'empêcher la survenue d'événements similaires à l'avenir [1]. Il ne suffit pas de reconnaître que des EIAS se produisent. Nous devons également en comprendre les causes et opérer les changements nécessaires pour prévenir d'autres dommages. Emmanuel *et al.* définissent les *sciences de la sécurité* comme des méthodes permettant d'acquérir et d'appliquer des connaissances en matière de sécurité afin de créer des systèmes hautement fiables. Les organisations hautement fiables anticipent la survenue de défauts de soins en mettant en œuvre des systèmes sûrs. Diverses méthodes ont été élaborées à cette fin dont beaucoup proviennent de domaines autres que la santé comme l'ingénierie, la psychologie appliquée, la physiologie humaine et la gestion.

La plupart des étudiants connaissent les termes de la *pratique fondée sur les preuves* ou encore des essais contrôlés randomisés, qui permettent aux chercheurs de déterminer si un traitement est validé par des preuves ou repose uniquement sur la croyance des praticiens. Les méthodes de la recherche scientifique, tel l'essai contrôlé randomisé, sont utilisées afin de mesurer l'efficacité clinique. L'essai contrôlé randomisé constitue la référence pour la recherche clinique. La recherche en matière d'amélioration de la qualité emploie des méthodes conçues pour mesurer les caractéristiques uniques associées à un EIAS, les éléments contextuels ou les processus de soins pouvant conduire à un EIAS, ainsi que l'élaboration et la vérification de solutions appropriées. Il ne s'agit pas uniquement d'observer la fréquence des EIAS.

Lorsqu'un problème émerge pendant la prise en charge d'un patient, il faut le régler ou le gérer le plus rapidement possible. Il est impossible de maîtriser les événements comme dans une étude expérimentale. Pour comprendre ce qui s'est passé et pourquoi, il convient d'étudier et d'analyser l'événement spécifique. Ces observations et conclusions serviront ensuite à concevoir des systèmes plus sûrs. Plus loin dans ce module, nous décrivons les différences de mesure entre la recherche et les processus d'amélioration.

Cela fait des décennies que d'autres secteurs d'activité ont recours aux méthodes d'amélioration de la qualité. En revanche, il est possible que les étudiants en santé ne soient pas aussi familiers avec l'objectif de l'amélioration de la qualité des soins qui suppose de changer la façon dont les professionnels de santé et les systèmes fonctionnent afin d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients [2].

La sécurité des patients requiert une compréhension profonde des processus de soins des patients ainsi que la capacité à mesurer les résultats des patients, d'une part, et à évaluer si les interventions mises en place pour résoudre un problème ont été efficaces, d'autre part. Si l'on ne mesure pas les résultats des soins, il est difficile de savoir si les mesures prises par les professionnels de santé pour résoudre un problème ont réellement amélioré la situation. La simple application d'un protocole pourrait ne pas suffire à régler un problème. D'autres facteurs peuvent y avoir contribué, et pas uniquement le fait que le personnel n'ait pas suivi les mesures appropriées. Pour comprendre les multiples causes des EIAS, il faut avoir recours aux méthodes conçues pour les mettre en évidence. Les sciences de la sécurité prévoient des mesures visant à empêcher la survenue d'EIAS. Les méthodes de la recherche scientifique axées sur l'amélioration comprennent un grand nombre de méthodologies et prennent habituellement en considération le contexte et la complexité des changements sociaux [1].

Pour mettre en œuvre la plupart des méthodes d'amélioration de la qualité, il faut des équipes dont les membres coopèrent et sont d'accord sur le processus à utiliser pour prévenir ou résoudre un problème donné. Mais, en priorité, les membres de l'équipe doivent reconnaître que la question qui les occupe est un problème réel digne d'intérêt. Les étudiants sont encouragés à chercher si l'établissement où ils se forment dispose d'un programme d'amélioration de la qualité et s'ils peuvent observer ou rejoindre une équipe impliquée dans une activité d'amélioration.

Pour commencer à comprendre le rôle de l'amélioration de la qualité, les étudiants peuvent :

- demander quels outils peuvent être utilisés pour améliorer la sécurité des patients et apprendre à les maîtriser ;
- reconnaître que tout le monde est susceptible d'avoir de bonnes idées ;
- avoir conscience que l'environnement local constitue un facteur clé du processus d'amélioration ;
- avoir conscience que la façon dont les personnes qui évoluent au sein du système pensent et réagissent est aussi importante que les structures et les processus mis en place ;
- réaliser que la diffusion de pratiques innovantes passe par l'adoption, par les professionnels, de nouveaux processus ;
- comprendre que la mesure des résultats des patients est nécessaire pour élaborer des stratégies appropriées et évaluer les améliorations.

Le principe central qui sous-tend l'amélioration des soins de santé est que la qualité des soins ne se contrôle pas à la fin mais tout au long du processus de travail. Le présent module explique certaines des théories fondamentales sous-jacentes à ce principe.

Dans bon nombre de professions de santé, telles que la médecine et les soins dentaires et infirmiers, les tentatives classiques visant à convaincre et inciter les professionnels de santé à modifier leurs comportements, à savoir veiller au respect d'un protocole ou promouvoir des programmes de vigilance vis-à-vis des interactions médicamenteuses, se sont avérées peu fructueuses. Dans d'autres professions, comme la pharmacie, elles ont, au contraire, trouvé un bon écho. Au cours des dernières années, des centaines de commissions et de groupes de pilotage ont formulé des milliers de recommandations relatives à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins aux patients. Nous avons néanmoins observé que la publication de preuves dans les revues médicales à comité de lecture ne conduit pas les cliniciens à changer leur pratique [3].

De nombreuses méthodes d'amélioration ont été conçues afin d'essayer de combler cette lacune et de fournir aux professionnels de santé les outils pour : i) identifier un problème ; ii) le mesurer ; iii) élaborer une série d'interventions visant à le régler ; et iv) évaluer si les interventions ont été efficaces.

L'identification et l'examen de chaque étape du processus de délivrance des soins constituent le fondement même de cette méthodologie. Une fois toutes les étapes du processus examinées, nous commençons à comprendre comment les différents facteurs sont reliés et interagissent et comment ils peuvent être mesurés. Les mesures sont essentielles pour l'amélioration de la sécurité.

Mots-clés
Amélioration de la qualité, cycle PDCA, concept de changement, écart, méthodes d'amélioration de la qualité, outils d'amélioration, diagrammes cause-effet (diagrammes d'Ishikawa), diagrammes de Pareto, histogrammes, graphiques de fréquence-temps.

Objectif d'apprentissage

Connaître les principes de l'amélioration ainsi que les méthodes et les outils de base utilisés pour mesurer l'amélioration de la sécurité des patients.

Acquis de l'apprentissage : connaissances théoriques et pratiques

Il est important que les étudiants comprennent les informations présentées dans ce module car seule la mesure continue permettra d'obtenir et de pérenniser l'amélioration des soins. Ce module sera toutefois l'un des plus difficiles à enseigner car bon nombre d'organisations de soins ne disposent pas des ressources ou des connaissances nécessaires pour évaluer les différents aspects des soins. Une bonne façon pour faire comprendre aux étudiants les avantages des méthodes d'amélioration est de les faire observer ou participer à une activité de ce type au sein de l'établissement. Les étudiants peuvent également appliquer les principes et les outils présentés ici dans le cadre de leurs projets personnels d'auto-amélioration, comme améliorer leur façon d'étudier, mettre au point un programme d'entraînement physique et consacrer plus de temps à leur famille et leurs amis.

Connaissances théoriques

Les étudiants devraient pouvoir décrire :

- la science de l'amélioration ;
- les concepts fondamentaux du changement ;
- les principes relatifs à l'amélioration ;
- le rôle des mesures dans l'amélioration.

Connaissances pratiques

- Saisir les opportunités permettant d'utiliser les sciences de la sécurité pour analyser les erreurs.
- Comprendre l'éventail des méthodes d'amélioration disponibles pour réduire les dommages causés aux patients.
- Appliquer au moins un outil d'amélioration dans un contexte clinique particulier.
- Participer à une activité d'amélioration (si possible).

Science de l'amélioration

La science de l'amélioration trouve son origine dans les travaux de W. Edwards Deming, le père de la théorie de l'amélioration. Il a décrit les quatre éléments de compréhension suivants qui sous-tendent l'amélioration [4] : la compréhension du système ; la connaissance des variations ; la théorie de la connaissance ; la psychologie.

Selon lui, il n'est pas nécessaire de comprendre en profondeur ces éléments pour en appliquer les connaissances [5]. Les spécialistes en amélioration emploient l'analogie de la voiture, que l'on peut conduire sans en comprendre le fonctionnement [4, 6]. Au début de leur carrière, les étudiants en santé n'ont besoin de connaître que les bases de la science de l'amélioration, le plus important est qu'ils sachent que des méthodes visant à améliorer les processus de soins existent [7].

Compréhension du système

Lorsque nous appliquons les concepts de W. E. Deming à la santé, nous devons garder à l'esprit que la plupart des résultats de soins ou des prestations de soins aux patients mettent en jeu des systèmes complexes d'interactions entre des professionnels de santé, des procédures et des équipements, une culture organisationnelle et des patients. Par conséquent, il est important que les étudiants comprennent les interdépendances et les relations qui existent entre tous ces éléments (médecins, dentistes, pharmaciens, sages-femmes, personnel infirmier, professionnels paramédicaux, patients, traitements, matériel, procédures, salles d'opération, etc.), ce qui augmentera la précision des prévisions qu'ils pourraient faire quant à l'impact d'un changement sur le système.

Connaissance des variations

La variation est la différence entre deux ou plusieurs choses similaires, par exemple entre les taux de réussite des appendicectomies pratiquées dans deux régions différentes d'un même pays ou entre les taux de caries dentaires constatés dans deux régions différentes. En santé, les variations sont très importantes et les résultats des patients peuvent varier en fonction des services, des hôpitaux, des régions et des pays. Nous ne devons toutefois pas oublier que la variabilité est une composante de la plupart des systèmes. Les pénuries de personnel, de matériel, de médicaments ou de lits peuvent entraîner des variations dans les soins. Les étudiants pourraient prendre l'habitude de demander à leurs professeurs et superviseurs les résultats attendus d'une procédure ou d'un traitement particulier. Est-ce que le transfert consécutif de trois femmes ayant accouché dans la même maternité de niveau 1 vers celle de niveau 3 est révélateur d'un problème au niveau de la procédure d'accouchement ? L'infirmier(ère) intérimaire pratique-t-elle différemment les soins ? L'échec de la pose d'une couronne dentaire indique-t-il un problème de procédure ? Les erreurs médicamenteuses étaient-elles moins nombreuses lorsque l'équipe qui assure la tournée des patients comptait un pharmacien parmi ses membres ? Les activités d'amélioration ont, entre autres, l'objectif de permettre aux professionnels de répondre à ce type de questions.

Théorie de la connaissance

Selon W. E. Deming, la théorie de la connaissance suppose que nous prévoyons que les changements que nous effectuons produiront de meilleurs résultats. La prévision des résultats attendus d'un changement constitue une étape nécessaire au processus de planification initiale. Bon nombre d'étudiants auront déjà fait de telles prévisions, par exemple quand ils ont prévu quelles informations ils devaient connaître pour réussir leurs examens. Les étudiants qui ont ce type d'expérience auront plus de facilités à faire ces prévisions. Par exemple, les professionnels de santé qui travaillent dans un milieu de soins particulier, comme un centre de soins en milieu rural, pourraient mieux prévoir les résultats d'un changement dans cet environnement précis. Comme ils connaissent mieux que d'autres ces centres et leur fonctionnement (ou fonctionnement théorique), ces professionnels sont plus à même de prévoir comment un changement donné pourra affecter les patients et leur familles. Lorsque les professionnels de santé disposent de connaissances et d'une expérience dans le domaine qu'ils souhaitent améliorer, les changements qu'ils proposent sont davantage susceptibles de produire de réelles améliorations. Comparer les résultats aux prévisions est une importante activité d'apprentissage. Acquérir des connaissances en effectuant des changements puis en mesurant les résultats ou en observant les différences est le fondement même de la science de l'amélioration.

Psychologie

Il est primordial de comprendre la psychologie des interactions des individus entre eux et avec le système. Tout changement, mineur ou majeur, aura un impact et connaître la psychologie pourrait nous aider à anticiper les réactions des professionnels et à comprendre pourquoi ils pourraient se montrer réfractaires au changement. Par exemple, un service hospitalier de médecine compte un certain nombre de professionnels dont les réactions à un même événement, comme l'introduction d'un système de déclaration des EIAS, seront très variées. Lorsque l'on souhaite opérer un changement, toutes ces différentes réactions potentielles doivent être prises en considération.

Les quatre éléments décrits ici forment le système de connaissance qui sous-tend l'amélioration. Selon W. E. Deming, sans les actions suivantes, à savoir la conception, les tests et la mise en œuvre, aucune amélioration n'est possible.

Concepts fondamentaux de changement

T. Nolan et M. Schall [6] ont défini le concept de changement comme toute idée qui prouve son intérêt sur des bases scientifiques ou logiques et qui peut stimuler des changements aboutissant à une amélioration. Ils ont identifié des sources différentes et de toute origine permettant d'envisager des changements : la réflexion critique sur le système actuel, la pensée créative, l'observation du processus, une idée issue de la littérature, une suggestion d'un patient ou encore des observations faites dans une situation ou une spécialité complètement différentes.

Nous sommes nombreux à utiliser de façon intuitive les concepts de changement dans notre vie quotidienne. Nous nous demandons, par exemple, ce que nous pourrions modifier pour améliorer une situation particulière, comme une façon d'étudier inadaptée, des tensions avec un membre de la famille ou des difficultés au travail. Nous nous posons la question suivante : « Que puis-je faire pour améliorer la situation ? »

Une équipe soignante qui souhaite améliorer les soins des patients pourrait se saisir d'un concept abstrait et tenter de l'appliquer à l'environnement local, à une situation particulière ou à la tâche qu'elle essaie d'améliorer. Ce processus devra tenir compte des aspects propres au contexte en question. Il s'agit d'une étape importante car elle engage l'équipe soignante dans le processus d'amélioration. Les membres qui participent à cette étape seront davantage impliqués dans le projet d'amélioration.

Encadré B.7.1. Exemple de l'application d'un concept de changement

Une équipe soignante souhaite observer les *Recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins.* Les membres de cette équipe pensent que c'est une bonne idée, d'autant que ces Recommandations sont basées sur des preuves documentées dans la littérature scientifique et reconnues par les experts. On peut anticiper que l'utilisation de ces Recommandations entraînerait une amélioration, à savoir une réduction de la transmission des infections manu portées entre professionnels de santé.

Une recommandation est un exemple de concept abstrait. L'équipe élaborerait ensuite des projets plus spécifiques pour mettre en œuvre la recommandation sur son lieu de travail. Elle appliquera donc le concept abstrait à l'objectif concret de réduire les infections sur le lieu de travail. Si un concept de changement est abstrait, et non concret, il devra s'appuyer sur des publications et des preuves.

Lorsque le concept devient plus local et plus concret (appliqué), il devient également plus tangible, logiquement relié et adapté àla situation locale.

Principes relatifs à l'amélioration sous-jacents aux modèles d'amélioration

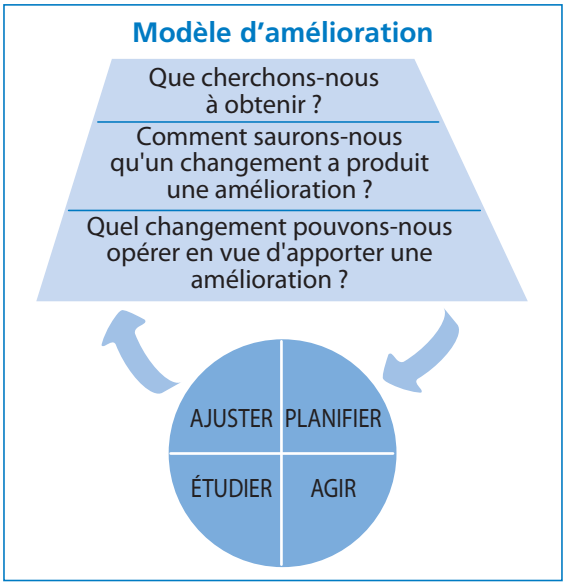
L'amélioration continue de la qualité inclut tout processus ou outil qui vise à réduire un défaut de qualité systémique ou organisationnel. Les principes fondamentaux de l'amélioration de la qualité sont relativement intuitifs : des soins axés sur les patients, un leadership solide, la participation de tous les membres de l'équipe, l'utilisation d'une approche par processus, l'utilisation d'une approche systémique de la gestion, l'amélioration continue, une approche factuelle de la prise de décision et des relations gagnant-gagnant.

L'amélioration suppose de renforcer et d'appliquer les connaissances. La plupart des modèles d'amélioration comprennent une phase de questionnement suivie du cycle PDCA décrit par W. E. Deming (voir Figure B.7.1 ci-dessous).

Les principales questions de tout processus d'amélioration sont :
1. Qu'essayons-nous d'accomplir ?
2.Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration ou en a produit une ?

Dans la quête de l'amélioration par le changement, il n'est pas rare d'avoir recours à une approche par essais et erreurs. Cette même approche sous-tend le processus PDCA utilisé pour effectuer toutes sortes d'améliorations, grandes et petites.

Encadré B.7.1. Modèle d'amélioration



Source : Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance,* 1996 [4].

1. Qu'essayons-nous d'accomplir ?
Poser cette question permet à l'équipe soignante de se concentrer sur les aspects qu'elle souhaite améliorer ou renforcer. Il est important que tous les membres de l'équipe reconnaissent qu'un problème existe et qu'il serait utile d'essayer de le résoudre Voici quelques exemples :

a) Sommes-nous tous d'accord pour dire que le taux d'infection chez les patients ayant bénéficié d'une opération du genou est trop élevé ?

b) Sommes-nous tous d'accord pour dire que nous avons besoin d'un meilleur système de prise de rendez-vous pour les usagers de l'établissement ?

c) Sommes-nous tous d'accord pour dire que la façon dont les médicaments sont conservés au cabinet dentaire risque de les endommager ?

Pour confirmer l'existence d'un problème, il faut disposer de preuves (qualitatives et quantitatives) qui en révèlent l'étendue. Par exemple, concernant les problèmes indiqués ci-dessus :

a) Disposons-nous de chiffres montrant que le taux d'infection est élevé ?

b) Les usagers se plaignent-ils du système de prise de rendez-vous en place dans l'établissement ?

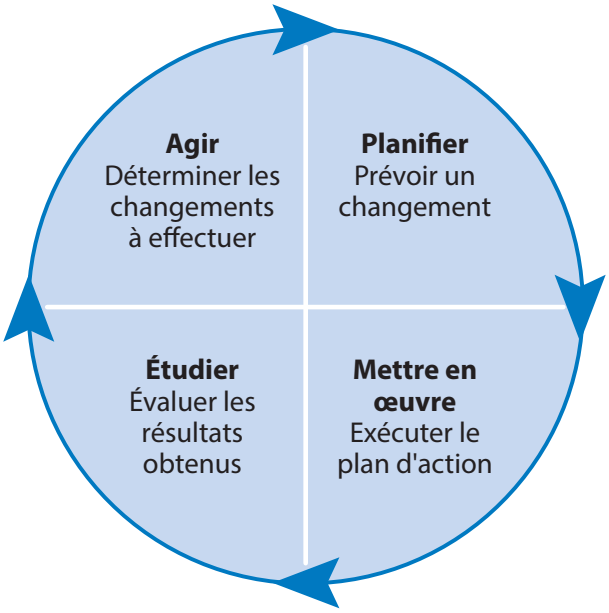
c) Des médicaments conservés au cabinet dentaire ont-ils été endommagés au cours du mois dernier ?

Il n'est pas judicieux d'orienter son action sur un point que seule une personne considère comme étant un problème.

Bon nombre de pays sont dotés de bases de données nationales et internationales avec des indicateurs spécifiques de maladie. Ces bases de données sont très utiles, en particulier à des fins de comparaison. Ces données sont importantes car elles permettent à l'équipe de concentrer ses efforts sur les vrais problèmes. Dans certains cas, les données disponibles sont limitées. Cependant, indépendamment de l'étendue des informations disponibles, il convient de veiller à ce que les changements opérés restent aussi simples que possible.

2. Comment saurons-nous qu'un changement a produit une amélioration ?
Les professionnels de santé et les étudiants devront mesurer les résultats/paramètres en question avant et après le changement afin de déterminer si les mesures prises par l'équipe ont fait une différence. Si les données recueillies montrent que la situation s'est améliorée, l'amélioration est alors confirmée. Les améliorations doivent s'inscrire dans la durée avant que l'équipe puisse affirmer que les changements mis en place sont efficaces. L'équipe doit donc tester les différentes interventions élaborées et mises en œuvre. Le cycle PDCA, représenté par le diagramme ci-dessous, illustre une méthode utilisée pour aider à tester différentes façons de vérifier l'efficacité d'une intervention.

Figure B.7.2. Cycle PDCA



Source : Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4].

Le cycle commence par un objectif et se termine par une action. La phase de mesure vise à obtenir de nouvelles informations et connaissances. C'est une étape importante dans la science de l'amélioration car disposer de nouvelles informations permet de mieux prévoir les effets d'un changement. L'application du modèle PDCA peut être simple ou complexe, formelle ou informelle. L'amélioration des temps d'attente dans un centre de soins, la réduction des taux d'infection du site opératoire au bloc, la réduction de la durée d'hospitalisation post-opératoire, la réduction au minimum des incidents dentaires, la réduction du nombre d'envois des résultats d'examens à la mauvaise personne, l'amélioration du vécu de l'accouchement sont autant d'exemples de situations où le cycle PDCA peut être appliqué. Une activité d'amélioration formelle nécessite une documentation détaillée, des outils d'analyse des données plus élaborés ou davantage de temps consacré aux discussions et aux réunions d'équipe. Le modèle PDCA est basé sur un format dont les étapes se répètent jusqu'à ce qu'une amélioration durable ait lieu.

Points à prendre en considération au début d'un projet d'amélioration

Il convient de tenir compte des aspects suivants lorsque l'on décide d'avoir recours à une méthode d'amélioration.

Une équipe doit être créée
Réunir les bonnes personnes pour former une équipe d'amélioration d'un processus est crucial pour garantir le succès des efforts faits en matière d'amélioration. La taille et la composition des équipes peuvent varier, chaque organisation créant des équipes en fonction de ses besoins. Par exemple, si l'objectif du projet est d'améliorer le calendrier des sorties, l'équipe devrait compter des professionnels qui connaissent les procédures de sortie, comme le personnel infirmier, les médecins de soins primaires, les pharmaciens, les dentistes ou les sages-femmes (selon les patients concernés) ainsi que les patients.

L'équipe doit fixer les objectifs du processus d'amélioration
Toute amélioration nécessite des buts et objectifs clairement définis. Ces objectifs devraient être datés et mesurables et devraient également définir la population spécifique de patients qui sera concernée. Cela permet de maintenir l'équipe, et ses efforts, concentrés sur la tâche à effectuer.

L'équipe doit décider comment elle souhaite mesurer les changements
Pour déterminer si un changement a réellement entraîné une amélioration, les équipes ont recours à des mesures quantitatives.

L'équipe devra choisir les changements à apporter
Toute amélioration passe nécessairement par des changements mais tous les changements n'entraînent pas forcément d'amélioration. Par conséquent, les établissements doivent identifier les changements les plus susceptibles de se traduire par des améliorations.
L'équipe doit tester les changements

Le cycle PDCA constitue un raccourci pour tester un changement dans l'environnement de travail réel, notamment planifier le changement, le mettre en œuvre, en mesurer les résultats et l'ajuster en fonction des enseignements tirés. C'est un exemple de méthode scientifique.

L'équipe doit mettre en œuvre les changements
Après avoir testé un changement à petite échelle, tiré les enseignements de chaque test et ajusté le changement en répétant le cycle PDCA plusieurs fois, l'équipe peut mettre en œuvre le changement à plus grande échelle, au sein d'une population pilote ou de tout un établissement de soins par exemple.

L'équipe doit diffuser les changements
Suite à la mise en œuvre réussie d'un ou plusieurs changements au sein d'une population ou d'une unité pilote, l'équipe ou les responsables peuvent étendre les changements aux autres parties de l'établissement ou à d'autres organisations.

Rôle des mesures dans l'amélioration

Dans le cadre des activités d'amélioration de la qualité, les professionnels de santé doivent recueillir et analyser les données générées par les processus de soins. Par exemple, les étudiants ne peuvent pas analyser un changement apporté à leur façon d'étudier sans obtenir, au préalable, des informations relatives à leur façon d'étudier actuelle et à l'environnement dans lequel ils vivent et étudient. Ils doivent commencer par examiner les données afin de déterminer si leur façon d'étudier pose problème. Ils doivent ensuite choisir les informations requises pour évaluer si des améliorations ont été apportées.

Tableau B.7.1. Différentes mesures pour différents objectifs 10

	Mesures à des fins de recherche	Mesures à des fins d'apprentissage et d'amélioration des processus
Objectif	Découvrir de nouvelles connaissances	Mettre les connaissances en pratique quotidiennement
Essais	Un grand essai « en aveugle »	De nombreux essais successifs et observables
Biais	Tenter de repérer le plus de biais possible	Stabiliser les biais d'un essai à l'autre
Données	Recueillir le plus de données possible « au cas où »	Recueillir « juste assez » de données pour apprendre et compléter un autre cycle
Durée	Peut prendre du temps avant d'obtenir des résultats	Approche basée sur de petits essais des changements notables, dans le but d'accélérer le changement

Source : Institute for Healthcare Improvement (http://www.ihi.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/Measures/ [8].

Dans cette analogie, le projet d'amélioration a pour objectif de modifier la façon dont les étudiants travaillent afin d'améliorer leur réussite aux examens, plutôt que de simplement identifier les étudiants ayant une mauvaise façon d'étudier.

Les mesures sont un élément essentiel de l'amélioration car elles obligent les individus à analyser ce qu'ils font et comment ils le font. Toutes les méthodes d'amélioration s'appuient sur des mesures. En santé, la plupart des activités peuvent être mesurées. Elles ne le sont pourtant pas à l'heure actuelle. Il existe des preuves solides montrant qu'utiliser les outils appropriés pour mesurer le changement permet d'apporter des améliorations significatives. Dans l'exemple ci-dessus, c'est en évaluant la situation avant et après que les étudiants pourront savoir s'ils ont amélioré leur façon d'étudier. Le Tableau B.7.1 met en lumière certaines différences de mesure entre la recherche et l'amélioration.

Il existe trois principaux types d'indicateurs utilisés dans l'amélioration : les indicateurs de résultat, les indicateurs de processus et les indicateurs composites.

Indicateurs de résultat

La fréquence des EIAS, le nombre de décès inattendus, les enquêtes de satisfaction des patients et d'autres processus de recueil des expériences vécues par les patients et leurs familles sont autant d'exemples d'indicateurs de résultat. Ces derniers incluent les enquêtes, les audits des dossiers médicaux et d'autres méthodes, comme les entretiens, qui visent à vérifier l'incidence des EIAS ou encore les perceptions ou les attitudes des individus vis-à-vis d'un service ainsi que leur niveau de satisfaction à l'égard de leur établissement de santé.

Exemples :

- Accès : temps d'attente pour les rendez-vous et les examens ;
- Soins intensifs : nombre de décès enregistrés au service d'urgence ou nombre de décès/presque-accidents dus à une hémorragie du post-partum ou à une éclampsie ;
- Systèmes de gestion des médicaments : le nombre d'erreurs de dosage ou d'administration survenues et/ou détectées.

Dans le cadre des audits des dossiers médicaux, des alertes sont utilisées pour identifier et mesurer la fréquence des EIAS.

Indicateurs de processus

Les indicateurs de processus se rapportent à l'évaluation du fonctionnement d'un système. Ces indicateurs se concentrent sur les composantes du système en relation avec un résultat négatif particulier par opposition à la probabilité d'occurrence de ces événements. Ils sont généralement utilisés lorsqu'un professionnel expérimenté ou un responsable souhaite savoir comment une composante ou un aspect d'un service ou d'un système de santé fonctionne ou est pratiqué.

Exemples :

- Soins chirurgicaux : nombre de décomptes des compresses ;
- Administration de médicaments : retards dans l'administration des médicaments, prise en considération des facteurs qui ont un impact sur la prescription, la dispensation et l'administration du médicament concerné ;
- retards du transfert vers la salle de travail de la maternité ;
- Accès : nombre de jours où l'Unité de soins intensifs (USI) n'a plus de lits disponibles.

Indicateurs composites

Ces indicateurs servent à veiller à ce qu'un changement ne crée pas de problème supplémentaire. Ils permettent d'étudier le service ou l'établissement sous un angle différent. Par exemple, si, suite à la modification de leur façon d'étudier, les étudiants n'ont plus le temps de voir leurs amis, leur bien-être pourrait s'en trouver affecté. Garantir que les efforts visant à réduire la durée d'hospitalisation d'un groupe particulier de patients n'entraîne pas une hausse de leur taux de réadmission due à l'incapacité de ces patients de prendre correctement soin d'eux-mêmes est un exemple d'indicateur composite dans le contexte des soins de santé.

Exemples de méthodes d'amélioration

En santé, il existe de nombreux exemples de méthodes d'amélioration. Bon nombre d'étudiants apprendront à connaître les méthodes utilisées sur leurs lieux de travail respectifs au fil de l'évolution de leur carrière. Le Dr Brent James (États-Unis) [9] a apporté d'importantes améliorations aux soins de santé grâce à une méthode appelée l'amélioration de la pratique clinique. L'Analyse des Causes Racines (ACR) et l'Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité (AMDEC) sont deux autres méthodes largement employées dans de nombreux pays. Ces trois modèles d'amélioration sont brièvement décrits ci-dessous.

Amélioration de la pratique clinique

L'amélioration de la pratique clinique est une méthode utilisée par les professionnels de santé en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé. Pour cela, il faut procéder à une étude approfondie des processus impliqués dans les soins cliniques et de leurs impacts. Le succès d'un projet d'amélioration de la pratique clinique dépend de l'équipe en charge de chacune des cinq étapes suivantes.

Phase de projet
Les membres de l'équipe doivent se demander ce qu'ils souhaitent régler ou accomplir. Pour cela, ils peuvent rédiger un énoncé ou un objectif de mission décrivant leur projet en quelques lignes. Les patients devraient toujours être considérés comme des membres de l'équipe. A ce stade, l'équipe devrait réfléchir au type de mesures qu'elle souhaite utiliser.

Phase de diagnostic
Certains problèmes sont gênants mais il pourrait ne pas s'avérer utile de les régler en raison des faibles avantages qui en découleraient. Par conséquent, l'équipe doit s'interroger sur l'intérêt de résoudre le problème identifié. L'équipe devrait déterminer l'étendue totale du problème en réunissant autant d'informations s'y rapportant que possible. Elle doit également comprendre les attentes des participants. Un exercice de brainstorming mené par l'équipe peut générer des changements conduisant à une amélioration. C'est au cours de cette phase qu'une décision doit être prise concernant la façon de mesurer les améliorations.

Phase d'intervention

A ce stade, l'équipe aura déjà identifié les problèmes et réfléchi aux solutions possibles. Chacune des solutions proposées devra être mise à l'épreuve par un processus par essais et erreurs, en ayant recours à des cycles PDCA pour tester les changements, en observer les résultats et conserver les aspects qui fonctionnent.

Phase d'impact et de mise en œuvre

C'est la phase au cours de laquelle il convient de mesurer et d'enregistrer les résultats des tests réalisés sur les interventions. Les interventions ont-elles changé quelque chose ?

Il faut mesurer les effets de tous les changements. C'est ainsi qu'il sera possible d'affirmer qu'un changement particulier a réellement fait une différence. Sinon, nous ne pourrions pas exclure la possibilité que toute évolution positive soit le fruit d'une coïncidence ou d'événements isolés. L'objectif est d'apporter un changement qui se traduise par une amélioration durable. Les données qui illustrent les résultats du changement peuvent être représentées sous forme de graphiques et au moyen de méthodes statistiques adaptées. Pour reprendre l'exemple de la façon d'étudier des étudiants, nous pouvons dire que les étudiants ont amélioré leur façon d'étudier s'ils ont réussi à appliquer la nouvelle façon de faire pendant plusieurs mois, sans revenir à leurs anciennes habitudes.

Phase de pérennisation et d'amélioration

Lors de cette phase finale, l'équipe doit choisir et élaborer un processus de surveillance de l'amélioration continue ainsi que des plans en la matière. Les améliorations d'aujourd'hui seront les défaillances de demain si rien n'est prévu pour en assurer la pérennité.

Cette phase peut prévoir la normalisation des processus et systèmes d'activités professionnelles existants ainsi que la documentation des politiques, procédures, recommandations et protocoles pertinents. Pour que le changement devienne une habitude, des mesures et une évaluation peuvent également avoir lieu à ce stade, ainsi que l'entraînement et la formation du personnel.

Exemple de projet d'amélioration de la pratique clinique
L'exemple de projet d'amélioration de la pratique clinique présenté ci-dessous aidera les étudiants à comprendre cet outil et son fonctionnement au cours du processus d'amélioration. Le cas à l'étude ici décrit un projet réalisé dans le cadre du programme d'amélioration de la pratique clinique mené par le Northern Centre for Health-care Improvement (centre pour l'amélioration des soins du Nord, Sydney, Nouvelle-Galles du Sud, Australie). Les noms de l'hôpital et des participants ont été supprimés. Le projet s'intitule *Réhabilitation rapide suite à une colectomie*.

L'équipe devait tout d'abord identifier précisément le problème à régler. La durée d'hospitalisation des patients bénéficiant d'une colectomie est-elle plus longue qu'elle ne devrait ? L'énoncé de mission suivant a ensuite été convenu :

Réduire, en six mois, la durée d'hospitalisation des patients bénéficiant d'une colectomie de 13 à 4 jours dans l'hôpital où l'équipe travaille.

La prochaine étape du processus était de sélectionner l'équipe la mieux adaptée pour mener à bien ce projet. Les membres de l'équipe devaient disposer des connaissances de base nécessaires à l'exécution de la tâche.

Membres ayant une fonction d'encadrement :
- responsable médical ;
- cadre dirigeant de l'hôpital ;
- directeur des soins infirmiers de l'hôpital ;
- infirmier(ère) clinicien(ne) consultant(e) dans le domaine (gestion de la douleur) ;
- représentant des chirurgiens.

Membres de l'équipe du projet :
- infirmier(ère) clinicien(ne) consultant(e) dans le domaine, gestion de la douleur (chef d'équipe) ;
- chirurgien spécialisé en hépato-gastro-entérologie ;
- anesthésiste ;
- infirmier(ère) spécialisé(e) dans la prise en charge de la douleur aigüe ;
- infirmier(ère) clinicien(ne) en soins périopératoires ;
- IDE de chirurgie ;
- pharmacien ;
- kinésithérapeute ;
- diététicien ;
- patient.

Nous reviendrons sur cet exemple plus loin dans le chapitre.

Analyse des Causes Racines

Nombreux sont les hôpitaux et les services de santé qui utilisent, à l'heure actuelle, une méthode appelée *Analyse des Causes Racines* afin de déterminer les causes sous-jacentes aux événements indésirables associés aux soins (EIAS). L'Analyse des Causes Racines a d'abord été conçue dans le domaine de l'ingénierie. Elle est désormais utilisée dans de nombreux secteurs et notamment celui de la santé. Une Analyse des Causes Racines est réalisée après la survenue d'un EIAS en vue d'en découvrir les causes principales. En tant que telle, la méthode se concentre donc sur l'EIAS particulier et les circonstances qui l'entourent. Il y a toutefois de nombreuses leçons à tirer de ce processus rétrospectif qui permettront d'empêcher que des EIAS similaires ne se reproduisent.

Une Analyse des Causes Racines est un processus qui cherche à explorer tous les facteurs possiblement associés à un EIAS en s'interrogeant sur ce qui est arrivé, pourquoi c'est arrivé et ce qu'il faudrait faire pour que cela n'arrive plus.

Les professionnels de santé doivent être formés à cette méthode ainsi qu'à la méthodologie de l'amélioration de la pratique clinique. De nombreux pays ont introduit des programmes de formation visant à aider les professionnels de santé à développer les compétences nécessaires pour réaliser une Analyse des Causes Racines. Le Veterans Affairs National Center for Patient Safety (VA, Centre national des anciens combattants pour la sécurité des patients) et des hôpitaux australiens ont adapté l'Analyse des Causes Racines en vue de l'appliquer pour la recherche des causes des EIAS. Le modèle du VA sert d'exemple à des organisations de soins du monde entier.

Pour les professionnels de santé, il s'avère difficile de mener une Analyse des Causes Racines sans l'appui de leur organisation, notamment en termes de personnel, de temps et de soutien des responsables du service, des médecins et de la direction.

Le VA a d'ailleurs élaboré un guide à l'attention des professionnels de santé concernant les domaines à explorer et les questions à se poser pour mettre en lumière les facteurs susceptibles d'être associés à un incident.

- *Communication* : Le patient a-t-il été correctement identifié ? Les informations issues de l'évaluation du patient ont-elles été régulièrement partagées entre les membres de l'équipe de soins ?
- *Environnement :* L'environnement de travail a-t-il été conçu pour ses fonctions ? Une évaluation des risques environnementaux a-t-elle été réalisée ?
- *Matériel :* le matériel a-t-il été conçu pour l'utilisation prévue ? Un suivi de sécurité documenté sur le matériel a-t-il été rédigé ?
- *Barrières :* Quelles barrières et quelles vérifications sont intervenues dans l'incident ? Ces barrières et vérifications ont-elles été mises au point pour protéger les patients, le personnel, le matériel ou l'environnement ?
- *Règles, politiques et procédures :* Existe-t-il un plan global de gestion pour identifier et gérer les risques ? Un audit a-t-il déjà été mené auparavant pour un événement similaire ? Le cas échéant, les causes avaient-elles été identifiées et des interventions efficaces élaborées et régulièrement mises en œuvre ?
- *Fatigue/planning de travail* : Les niveaux de vibration, de bruit et d'autres conditions environnementales étaient-ils appropriés ? Le personnel avait-il suffisamment dormi ?

Toutes les recommandations doivent porter sur les causes racines de l'EIAS. Elles doivent être spécifiques, concrètes et faciles à comprendre. Elles doivent également être réalistes ; leur mise en œuvre doit être possible. Il convient de définir clairement les rôles et responsabilités de chacun ainsi que le calendrier de mise en œuvre.

Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité

Contexte

L'objectif de l'AMDEC est de prévenir la survenue de problèmes liés au processus de soins. Elle a été élaborée par l'armée des États-Unis en tant que procédure militaire (MIL-P-1629) et est aujourd'hui connue sous le nom de Military Standard (norme militaire) 1629a (Procedures for performing a failure mode effects and criticality analysis) [10]. A son niveau le plus basique, l'AMDEC a pour objectif de déterminer l'effet d'une défaillance. Cette défaillance étant hypothétique, elle est exprimée en termes de probabilité de survenue et de gravité. Les équipes se servent ensuite de ces informations pour améliorer la qualité de leurs organisations respectives. C'est dans les années 1990 que la mise en œuvre d'améliorations de la qualité fondées sur l'AMDEC a réellement commencé dans le domaine de la santé. Depuis, l'utilisation de cette méthode s'est répandue, principalement dans le domaine des soins hospitaliers. Son utilisation accrue en santé s'explique en grande partie par le fait qu'elle est désormais utilisée par les organismes de certification des hôpitaux et par la traduction, dans un langage plus accessible pour les professionnels de santé, du langage technique de l'AMDEC.

AMDEC : vue d'ensemble

L'AMDEC est une approche qui cherche à détecter et identifier les défauts potentiels d'une organisation et à mettre en place des stratégies de protection contre la survenue de ces erreurs. Elle n'est habituellement qu'une composante au sein d'un effort plus vaste d'amélioration de la qualité dans une organisation. Elle implique un processus en trois étapes :

1. Évaluation des risques
a) Identifier les facteurs de risque : évaluer les preuves selon lesquelles le processus en question entraîne des dommages.
b) Analyser les systèmes : décrire l'intégralité du processus de soins existant et identifier les risques de dommages potentiels associés. C'est au cours de cette étape que l'AMDEC est réalisée.
c) Caractériser les risques : intégrer les résultats des deux étapes précédentes. Les hypothèses, les incertitudes et les jugements sont présentés ici. Selon les autorisations, une liste des mesures à prendre pour réduire les risques est ensuite élaborée.

2. Mise en œuvre

3. Évaluation

Connaissances et compétences de base
Afin de comprendre les fondamentaux de l'AMDEC, les étudiants doivent saisir le concept de description des processus et le rôle du travail en équipe.

La description des processus est utilisée dans tous les domaines de production. En santé, elle permet d'identifier toutes les étapes de la délivrance des soins et d'obtenir une vue d'ensemble de l'organisation et du fonctionnement du service de santé.

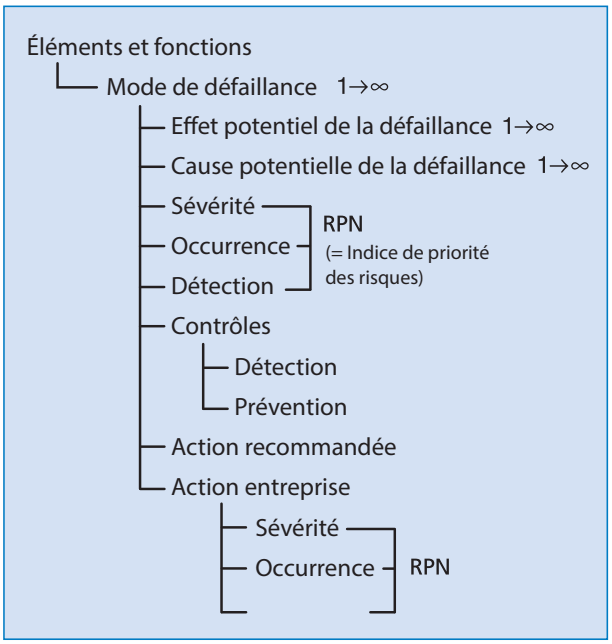
Les *équipes chargées de la résolution des problèmes* ont pour objectif de réfléchir à toutes les façons dont les différentes étapes d'un processus de soins pourraient échouer. Dans le cadre des AMDEC, les équipes peuvent quantifier les modes de défaillances en multipliant les scores de gravité, d'occurrence et de détection afin d'obtenir un indice de priorité des risques. Chacun des trois quantificateurs est généralement évalué sur une échelle de 1 à 10. L'indice de priorité des risques facilite le classement, ce qui permet aux équipes chargées de la résolution des problèmes d'orienter leurs efforts sur les éléments du processus qu'il convient de traiter le plus rapidement.

Réaliser une AMDEC est une activité fondée sur le travail en équipe qui peut prendre de très nombreuses séances et demander des heures de discussion. L'un des points essentiels de cette méthode (et d'autres) est que la résolution du problème a lieu au sein d'équipes composées de personnes disposant d'une grande variété de compétences et d'expertise et issues de différents contextes. Les groupes sont plus efficaces que les individus pour résoudre les problèmes, notamment lorsque les tâches sont complexes et nécessitent de prendre en considération et d'intégrer de nombreux éléments. En outre, les décisions prises en groupe suite à une discussion placée sous le signe de la coopération et du respect sont toujours meilleures que les décisions prises par des individus ou des groupes qui suivent la règle de la majorité [11].

La question à examiner est abordée lors de la phase d'orientation puis évaluée par l'équipe. Enfin, une décision est prise quant à l'action à entreprendre. Pour être efficaces, les équipes chargées de la résolution des problèmes définissent un objectif de travail, permettent à tous les membres d'exprimer librement leurs opinions et garantissent l'examen et la comparaison des opinions et des solutions alternatives. Dans les équipes efficaces, les membres s'écoutent et se soutiennent.

Il existe de nombreux modèles et formats d'AMDEC. Tous suivent la même structure de base illustrée à la Figure B.7.3.

Figure B.7.3.
Éléments et fonctions de l'AMDEC



Source : FMEA [site Internet] http://www.fmea-fmeca.com/index.html [12].

L'indice de priorité des risques est une mesure utilisée dans l'évaluation du risque afin d'identifier les modes de défaillances critiques associés à la planification ou à la réalisation. Ses valeurs vont de 1 (le meilleur) à 1 000 (le pire). L'indice de priorité des risques de l'AMDEC est utilisé dans l'industrie automobile et est quelque peu similaire aux indices de criticité utilisés dans la norme militaire américaine Mil-Std-1629A qui régit la réalisation des AMDEC. Le graphique ci-dessus montre les facteurs qui composent cet indice et comment ce dernier est calculé pour chaque mode dégradé [12].

Outils d'évaluation des problèmes sous-jacents et des progrès accomplis
Les outils d'organisation et d'analyse des données présentés ici sont couramment utilisés dans le cadre des efforts d'amélioration de la qualité en santé. Ils sont tous relativement simples à utiliser.

Bon nombre de services de santé, tels que les hôpitaux et les centres de soins recueillent et utilisent systématiquement les données relatives aux services délivrés. En outre, ils réalisent des analyses statistiques des données afin de rendre compte de leur activité aux autorités sanitaires locales ou au directeur de l'organisation de santé en question. Les logigrammes, les diagrammes cause-effet (ou diagramme d'Ishikawa, dit parfois « en arête de poisson »), les diagrammes de Pareto et les graphiques de fréquence-temps, tous utilisés dans le cadre de l'amélioration de la qualité, sont décrits ci-dessous.

Logigrammes 20

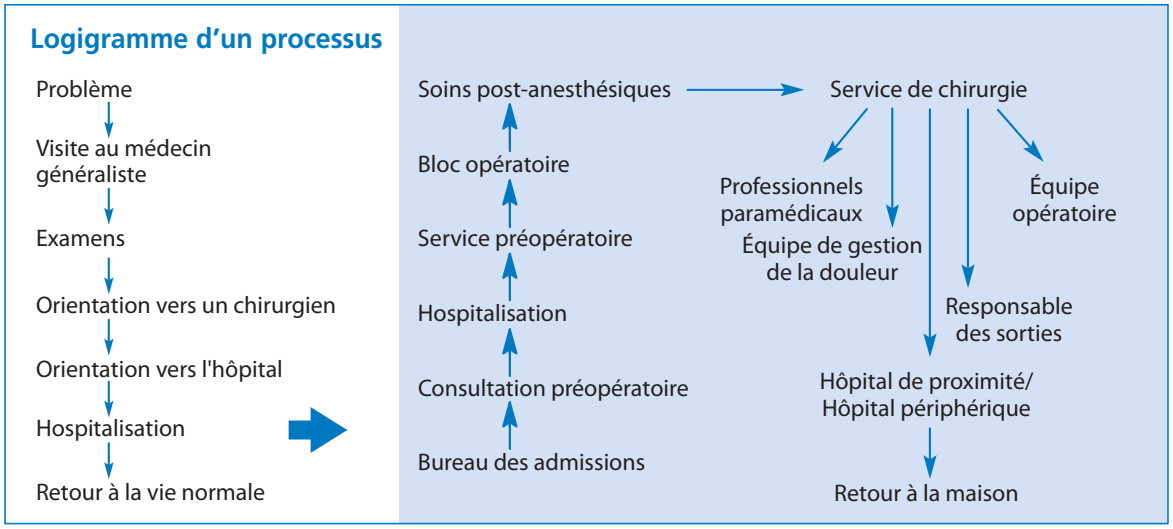
Les logigrammes permettent à l'équipe de comprendre le phasage de soins délivrés aux patients (procédure ou traitement particulier par exemple). C'est une méthode de représentation graphique qui montre toutes les étapes ou composantes d'un processus. Les systèmes de santé sont très complexes. Avant de pouvoir résoudre un problème, il faut comprendre comment les différentes composantes du système en question s'imbriquent et fonctionnent. Un logigramme est plus précis lorsque plusieurs personnes participent à son élaboration. Une seule personne ne connaît peut-être pas l'éventail des actions qui ont lieu dans une situation donnée ou n'a peut-être pas accès à la documentation relative aux services délivrés. C'est pourquoi il lui serait très difficile de réaliser un logigramme. Lorsque plusieurs membres d'une équipe prennent part à leur conception, les logigrammes constituent un moyen efficace de schématiser les tâches réelles des professionnels, et non ce que les autres pensent qu'ils font.

Les actions décrites par les membres de l'équipe peuvent différer de la position officielle de l'organisation. Il est néanmoins important que le logigramme illustre la réalité. Le logigramme ainsi créé pourra alors servir de point de référence et de langage communs à tous les membres de l'équipe. Bien conçu, un logigramme donne une représentation précise d'un processus. Il décrit ce qui se passe réellement, et non ce qu'une ou plusieurs personnes souhaitent.

Il existe deux types de logigrammes, à savoir les logigrammes généraux et les logigrammes détaillés. Les deux types présentent différents avantages. Ils peuvent être utilisés pour expliquer les processus impliqués dans la délivrance des soins. Ils peuvent également permettre d'identifier les étapes qui n'ajoutent aucune valeur au processus, notamment les retards, les problèmes de communication, la conservation et le transport inutiles, les tâches superflues, les doublons et autres dépenses supplémentaires. Grâce aux logigrammes, les professionnels de santé partagent une compréhension du processus et mettent ces connaissances à profit pour recueillir des données, identifier les problèmes et les ressources, et orienter les discussions. Ces logigrammes servent de base à la mise au point de nouvelles façons de dispenser les soins de santé. Les professionnels de santé qui documentent le processus en question acquièrent également une compréhension plus approfondie des rôles et des fonctions de chacun.

Tous les logigrammes ne sont pas identiques. La Figure B.7.4 montre un logigramme conçu par l'équipe qui souhaite réduire, en six mois, la durée d'hospitalisation des patients bénéficiant d'une colectomie de 13 à 4 jours.

Figure B.7.4. Exemple de logigramme



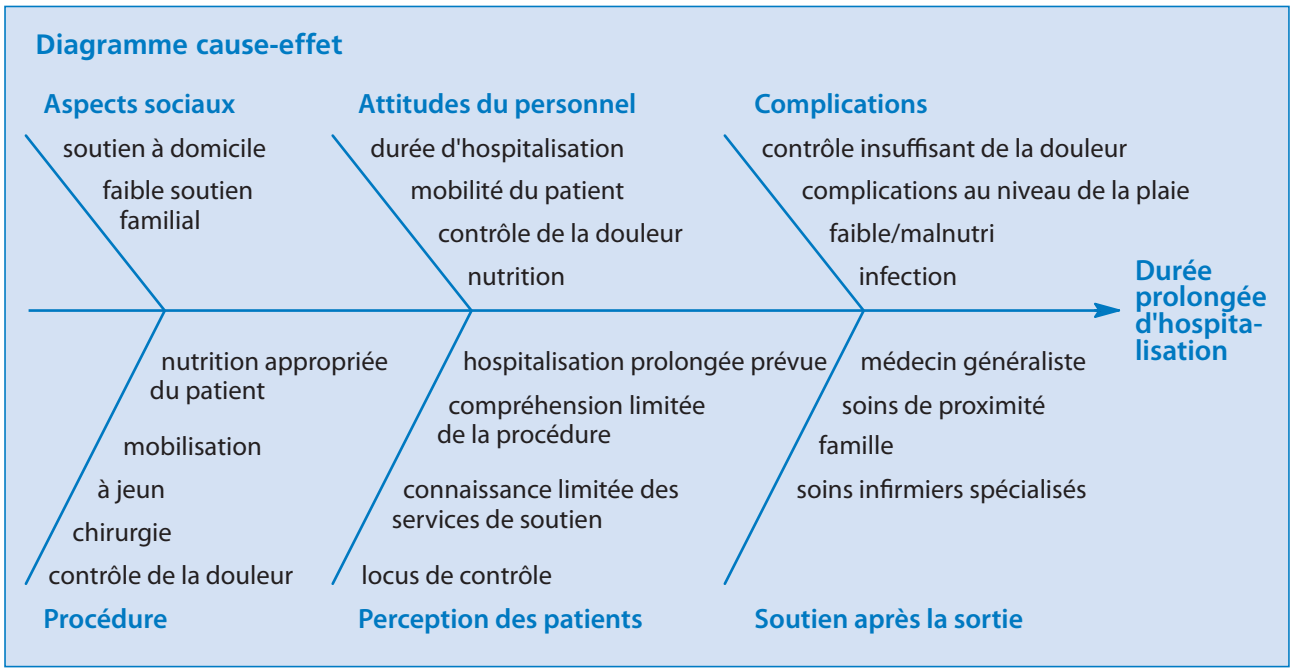
Source : Example of a flow chart from: Accelerated Recovery Colectomy Surgery (ARCS) North Coast Area Health Service, Australia.

Diagrammes cause-effet

Les diagrammes cause-effet servent à explorer et afficher toutes les causes possibles d'un effet observé. On parle également de diagramme d'Ishikawa ou encore « en arête de poisson ». Un diagramme cause-effet représente la relation entre les causes et l'effet et la relation des causes entre elles. Il peut être utilisé pour identifier les multiples facteurs susceptibles de contribuer à un effet. Ce type de diagramme aide une équipe à se concentrer sur les domaines à améliorer. Le contenu de chaque partie du diagramme est généré par les membres de l'équipe lors d'une réflexion commune sur les causes possibles. Le diagramme d'Ishikawa illustré à la Figure B.7.5 est le résultat d'une séance de brainstorming d'une équipe de professionnels de santé souhaitant réduire la durée d'hospitalisation des patients bénéficiant d'une colectomie.

Revenons au projet d'amélioration de la pratique clinique mené par l'équipe qui essaie de réduire la durée d'hospitalisation des patients suite à une colectomie. Un diagramme cause-effet a été utilisé pour identifier les facteurs qui, d'après les membres de l'équipe, entrent en jeu dans la durée d'hospitalisation des patients.

Figure B.7.5. Exemple de diagramme cause-effet



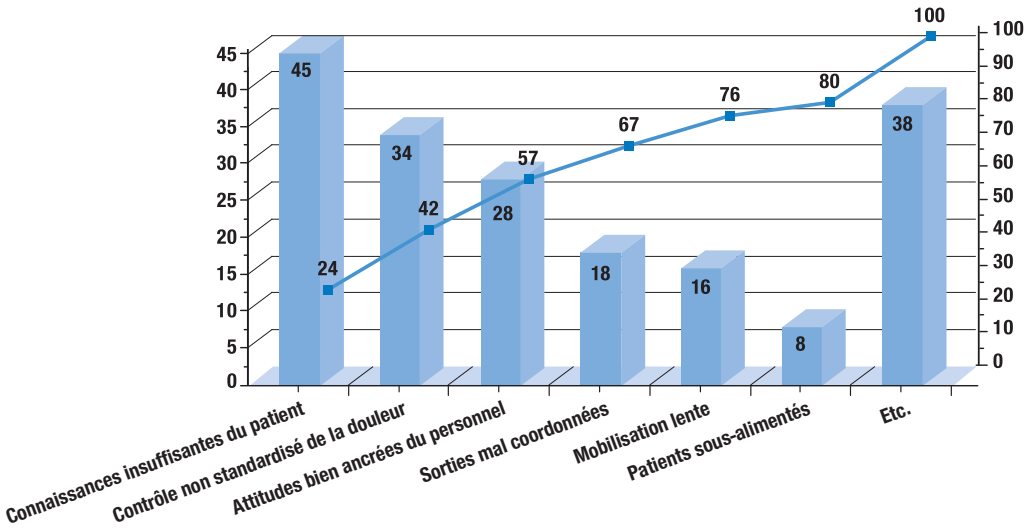
Source : Example of a flowchart from: Accelerated Recovery Colectomy Surgery (ARCS) North Coast Area Health Service, Australia.

Diagrammes de Pareto

Dans les années 1950, le Dr Joseph Juran [13] a employé le terme *loi de Pareto* pour expliquer qu'une grande partie des problèmes de qualité sont attribuables à un petit nombre de causes. Le principe selon lequel quelques facteurs contributifs génèrent la plus grande partie d'un effet permet d'orienter les efforts de résolution des problèmes de l'équipe. Cela passe par la hiérarchisation des problèmes, en soulignant le fait que la plupart des problèmes sont affectés par seulement quelques facteurs et en indiquant quels problèmes résoudre et dans quel ordre.

Un diagramme de Pareto est un diagramme en bâtons dans lequel les multiples facteurs qui génèrent l'effet global sont représentés par ordre décroissant selon l'ampleur relative de leur effet. Déterminer l'ordre des facteurs est une étape importante car cela permet à l'équipe de concentrer ses efforts sur les facteurs ayant le plus grand impact. Cela aide également l'équipe à expliquer le raisonnement qui sous-tend ses choix.

Figure B.7.6. Exemple de diagramme de Pareto



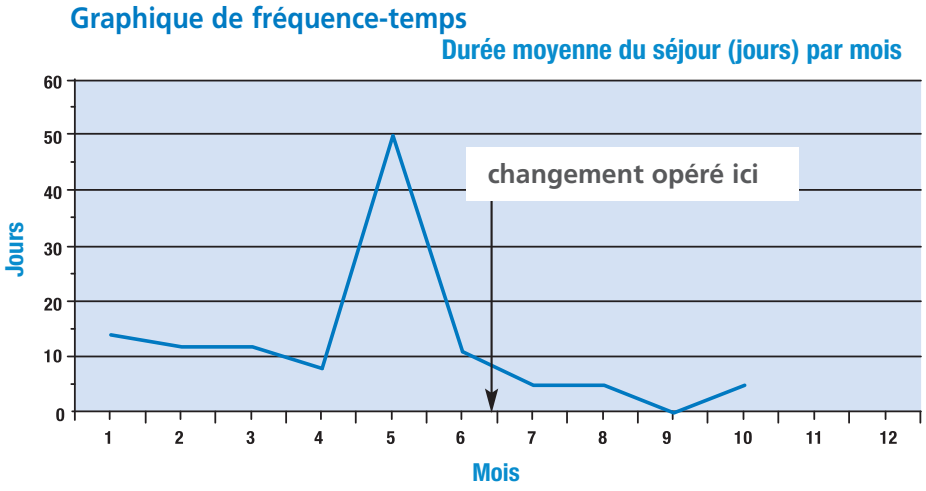
Source : Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4].

Graphiques de fréquence-temps

La Figure B.7.7 illustre un graphique de fréquence-temps produit par l'équipe d'un hôpital qui surveille les améliorations dans le temps. Les graphiques de fréquence-temps représentent des données collectées sur une période de temps qui peuvent aider l'équipe à déterminer si un changement s'est traduit, à terme, par une amélioration ou si les résultats observés ne constituent qu'une fluctuation aléatoire (pouvant être interprétée, à tort, comme une amélioration importante). Ces graphiques permettent de détecter une éventuelle tendance. On parle de tendance lorsqu'une série de points consécutifs ne cesse de diminuer ou d'augmenter.

Les graphiques de fréquence-temps aident les équipes à évaluer les résultats d'un processus donné et à déterminer quand un changement a entraîné une réelle amélioration.

Figure B.7.7. Exemple de graphique de fréquence-temps



Source : Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4].

Histogrammes

Les histogrammes sont une représentation graphique faite de bandes rectangulaires juxtaposées (en bâtons). Un histogramme est une représentation graphique de la distribution de probabilité d'une variable qui montre la fréquence des données dans des domaines définis.

Stratégies de pérennisation des améliorations

Parvenir à une amélioration ne constitue pas la fin du processus. L'amélioration doit s'inscrire dans la durée. Cela implique de la mesurer et de l'ajuster continuellement via des cycles PDCA. L'équipe qui souhaitait réduire la durée d'hospitalisation des patients bénéficiant d'une colectomie a identifié les stratégies suivantes :

- documenter la durée d'hospitalisation de chaque patient ;
- calculer mensuellement la durée moyenne d'hospitalisation ;
- afficher, chaque mois, un graphique de fréquence-temps dans les salles d'opération ;
- organiser des réunions bimensuelles afin de discuter des évolutions positives et négatives ;
- affiner continuellement les chemins cliniques ;
- faire part des résultats à la gouvernance locale ;
- diffuser ces pratiques auprès de toutes les équipes opératoires de l'hôpital et de la région.

En mettant en œuvre ces stratégies, l'équipe est parvenue à réduire la durée d'hospitalisation des patients bénéficiant d'une colectomie au sein de son hôpital. Elle a ainsi amélioré la qualité des soins des patients en réduisant de façon significative les risques d'infection et en accélérant le rétablissement. Un avantage financier a également été observé. L'équipe devait ensuite pérenniser ces améliorations. Elle a donc prévu de continuer à surveiller la durée d'hospitalisation de ces patients et elle analysera chaque mois les données recueillies.

Résumé

Il existe des preuves irréfutables que l'utilisation, par les professionnels de santé, de méthodes et d'outils d'amélioration de la qualité permet d'améliorer les soins aux patients et de minimiser les erreurs. Ce n'est qu'en appliquant ces méthodes et ces outils que les efforts des équipes soignantes se traduiront réellement par des améliorations durables des soins. Le présent module a présenté les méthodes d'amélioration de la qualité et décrit un éventail d'outils utilisés dans le domaine. Ces outils peuvent facilement être utilisés dans n'importe quel milieu, un hôpital local ou le bloc opératoire chargé d'un grand hôpital urbain.

Stratégies d'enseignement

Il peut s'avérer difficile d'enseigner les méthodes d'amélioration de la qualité aux étudiants car, pour cela, il faut des professionnels de santé qui ont déjà eu recours aux outils et connaissent les avantages associés à leur utilisation. La meilleure façon d'enseigner ce module est de demander aux étudiants d'utiliser les outils d'amélioration de la qualité, d'une part, et d'organiser des séances d'encadrement individuelles consacrées aux méthodes d'amélioration de la qualité, d'autre part. Il convient également d'encourager les étudiants à participer à des projets existants pour faire l'expérience du travail en équipe que ces projets impliquent et observer l'amélioration significative des résultats des patients en cas d'utilisation de ces méthodes.

Différentes stratégies peuvent être employées pour enseigner ce module.

Exposé interactif/didactique

Ce module contient beaucoup d'informations théoriques et concrètes pouvant être communiquées lors d'un exposé interactif didactique. Les diaporamas disponibles sur le site Internet de l'OMS pourront vous guider afin de couvrir l'ensemble du module. Il est possible d'utiliser les présentations PowerPoint ou de convertir les diapositives pour les diffuser à l'aide d'un rétroprojecteur.

Discussions avec un échantillon de professionnels

Invitez un groupe de professionnels de santé ayant utilisé une méthode d'amélioration (amélioration de la pratique clinique, Analyse des Causes Racines ou AMDEC) à parler du processus d'amélioration et à dire si ces méthodes leur ont donné des perspectives nouvelles. Ce groupe devrait également comprendre des patients souhaitant exprimer leur point de vue. Les contributions des patients sont irremplaçables. C'est pourquoi certaines organisations les incluent dans les équipes chargées de réaliser une Analyse des Causes Racines ou une amélioration de la pratique clinique.

Discussion en petits groupes

La classe peut être divisée en petits groupes. Demandez ensuite à trois étudiants de chaque groupe de mener une discussion sur l'amélioration de la qualité en général ainsi que sur les avantages des méthodes d'amélioration de la qualité et quand il convient de les utiliser.

Exercices de simulation

Divers scénarios pourraient être élaborés pour les étudiants, notamment la mise en pratique de techniques de brainstorming et/ou la conception d'un graphique de fréquence-temps, d'un diagramme cause-effet ou d'un histogramme.

Autres activités d'enseignement et d'apprentissage

La meilleure façon d'enseigner ce module est de demander aux étudiants de s'exercer à utiliser les techniques et les outils d'amélioration de la qualité dans le cadre de projets personnels d'auto-amélioration. Voici des exemples de projets d'auto-amélioration :

– mettre au point une façon d'étudier plus efficace ;
– passer plus de temps avec sa famille ;
– arrêter de fumer ;
– perdre ou prendre du poids ;
– effectuer plus de tâches ménagères.

Les étudiants peuvent appliquer le cycle PDCA à leurs situations personnelles et, ainsi, mieux comprendre ce processus. Les méthodes et les principes utilisés seront pertinents plus tard dans leur travail. Les étudiants peuvent commencer à manipuler les outils pour en comprendre l'utilisation et s'ils sont utiles dans le cadre de leurs projets personnels.

C'est lorsque les étudiants observent un processus d'amélioration de la qualité ou y participent qu'ils apprennent le mieux. Les étudiants doivent donc demander à leurs formateurs, superviseurs ou autres professionnels de santé de leur établissement de soins de mener régulièrement des projets d'amélioration de la qualité. Ils peuvent également identifier les responsables au sein d'un service et leur demander l'autorisation d'observer une activité d'amélioration de la qualité.

Après ces activités, il convient de demander aux étudiants de se réunir par deux ou en petits groupes afin de discuter avec un tuteur ou professionnel de santé de ce qu'ils ont observé, d'examiner si les caractéristiques ou techniques qu'ils ont apprises étaient présentes ou non, et si elles se sont avérées efficaces.

Enseigner l'Analyse des Modes de Défaillances, de leurs effets et de leur Criticité
Avant de pouvoir apprendre l'AMDEC, les étudiants doivent montrer qu'ils maîtrisent la conception de diagrammes de représentation des processus. La partie de ce module consacrée à l'AMDEC doit être enseignée en deux parties. La première partie est un exposé. Au cours de cet exposé, le formateur aura pour objectif de présenter les principes fondamentaux de l'AMDEC aux étudiants. L'exposé devrait également être l'occasion d'expliquer comment élaborer un tableau AMDEC basique grâce à un simple diagramme de processus et comment identifier les multiples modes de défaillances potentiels et causes par élément ou fonction. Il convient aussi de donner des exemples d'échelles d'évaluation de la gravité et de la fréquence.

La deuxième partie est une étude de cas. Les étudiants devraient être répartis en groupes d'au moins quatre personnes. Les groupes plus grands sont en réalité plus efficaces car ils incluent davantage de points de vue divergents. Les étudiants devront donc redoubler d'effort pour parvenir à un consensus. L'étude de cas proposée doit être adaptée au groupe professionnel. Chaque groupe a pour objectif de réaliser une AMDEC basée sur l'étude de cas. Cela ne devrait pas leur prendre plus de 30 minutes. Le but n'est pas de mener le processus à terme mais de permettre aux étudiants de mettre en pratique ce qu'ils ont appris. Chaque groupe présente ensuite son AMDEC, les problèmes étant classés selon l'indice de priorité des risques, du plus important au moins important.

Outils et ressources documentaires

Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. New York, NY; Jossey-Bass, 1996.

Reid PP *et al.*, eds. *Building a better delivery system: a new engineering/health care partnership*. Washington, DC, National Academies Press, 2005 (http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11378 ; consulté le 21 février 2011).

Bonnabry P *et al.* Use of a prospective risk analysis method to improve the safety of the cancer chemotherapy process. *International Journal for Quality in Health Care,* 2006; 18: 9–16.

Analyse des Causes Racines
Root cause analysis. Washington, DC, United States Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety, 2010 (http://www.va.gov/NCPS/rca.html ; consulté le 21 février 2011).

Guide de l'amélioration clinique
Easy guide to clinical practice improvement: a guide for health professionals. New South Wales Health Department, 2002 (http://www.health.nsw.gov.au/resources/quality/pdf/cpi_easyguide.pdf ; consulté le 21 février 2011).

Mozena JP, Anderson A. *Quality improvement handbook for health-care professionals*. Milwaukee, WI, ASQC Quality Press, 1993.

Daly M, Kermode S, Reilly D Evaluation of clinical practice improvement programs for nurses for the management of alcohol withdrawal in hospitals. *Contemporary Nurse*, 2009, 31:98-107.

Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité
McDermott RE, Mikulak RJ, Beauregard MR. *The basics of FMEA*, 3rd ed. New York, CRC Press, 2009.

Évaluation des connaissances de ce module

Différentes méthodes sont adaptées pour ce module. Il est possible de proposer aux étudiants de mener un projet d'auto-amélioration et de faire part de leur expérience ou de rédiger une dissertation sur une activité d'amélioration qu'ils ont observée ou à laquelle ils ont participé.

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

Références

1. Emanuel L *et al.* What exactly is patient safety? In: Henriksen K et al, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008;219-235.
2. Davidoff F, Batalden P. Toward stronger evidence on quality improvement: draft publication guidelines: the beginning of a consensus project. *Quality & Safety in Heath Care*, 2005, 14:319–325.
3. Lundberg G, Wennberg JA. JAMA theme issue on quality in care: a new proposal and a call to action. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:1615–1618.
4. Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. New York, NY; Jossey-Bass, 1996.
5. Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *Journal of Medical Education*, 1973, 48:436-441.
6. Nolan TW *et al. Reducing delays and waiting times throughout the health-care system*, 1st ed. Boston, MA, Institute for Healthcare Improvement, 1996.
7. Walton, M. *The Deming management method*. New York, Penguin Group, 1986.
8. Source : Institute for Healthcare Improvement (http://www.ihi.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/Measures/; consulté le 21 février 2011).
9. White SV, James B. Brent James on reducing harm to patients and improving quality. *Healthcare Quality*, 2007, 29:35-44.
10. Military standard procedures for performing a failure mode, effects and criticality analysis (http://goes-r.gov/procurement/antenna_docs/reference/MIL-STD-1629A.pdf ; consulté le 21 février 2011).
11. Bales, RF, Strodtbeck FL. Phases in group problem-solving. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1951, 46, 485-495.
12. FMEA [site Internet] (http://www.fmea-fmeca.com/index.html ; consulté le 18 novembre 2010).
13. Juran J. *Managerial breakthrough*. New York, McGraw-Hill, 1964.

Diaporamas pour le Module 7 : Introduction aux méthodes d'amélioration de la qualité

En général, les exposés didactiques ne constituent pas la meilleure façon d'enseigner la sécurité des patients aux étudiants. En cas d'exposé, il est intéressant de permettre aux étudiants d'agir entre eux et d'échanger leurs points de vue pendant le cours. Pour lancer une discussion de groupe, vous pouvez vous appuyer sur une étude de cas par exemple. Vous pouvez également poser aux étudiants des questions sur différents aspects des soins de santé qui feront ressortir les points abordés dans ce module, comme les principes de gestion du changement et l'importance d'effectuer des mesures.

Les diaporamas du Module 7 ont pour objectif d'aider le formateur à en transmettre le contenu. Ils peuvent être modifiés et adaptés à la culture et au contexte locaux. Les enseignants peuvent choisir de ne pas utiliser toutes les diapositives. Il est d'ailleurs préférable d'adapter ces dernières aux domaines couverts lors de la session de formation.

Module 8
S'impliquer avec les patients et leur entourage

Une femme souffre d'une rupture de grossesse extra-utérine

Samantha était enceinte de six semaines et demie (insémination artificielle avec don de sperme) lorsque son médecin généraliste lui a prescrit une échographie en urgence. Les échographies abdominale et endovaginale ont suggéré une grossesse extra-utérine développée dans la trompe droite. Pendant la procédure, l'échographiste a demandé à Samantha quand aurait lieu sa prochaine consultation avec sa sage-femme ou son médecin généraliste. Elle lui a répondu que le rendez-vous était fixé au lendemain à midi. Puis l'échographiste lui a seulement demandé si elle souhaitait emporter les vidéos ou si le centre de soins devait les envoyer au professionnel de santé de son choix. Il a finalement été décidé que Samantha emporterait les vidéos.

Les vidéos ont été remises à la patiente dans une enveloppe cachetée portant l'inscription « A ouvrir par le médecin référent uniquement ». A aucun moment Samantha n'a été avertie de la gravité de son état. Il ne lui a pas non plus été conseillé de consulter immédiatement un médecin. En arrivant chez elle, Samantha a décidé d'ouvrir l'enveloppe et a lu le rapport d'échographie. Elle a immédiatement compris la gravité de son état et a appelé d'urgence un médecin qui lui a conseillé de se faire immédiatement hospitaliser.

A 21 h 00, elle est entrée à l'hôpital où une importante opération de l'abdomen a été pratiquée suite à une rupture de grossesse extra-utérine. Ce cas montre l'importance de s'impliquer totalement avec les patients et la nécessité de communiquer avec eux en permanence.

Source : Case studies–investigations. *Health Care Complaints Commission Annual Report 1999:2000. 60.* Sydney, New South Wales, Australia.

Un fils résout un problème lié au traitement de sa mère

Suite à une chute domestique, Maria, 82 ans, a eu une fracture sans gravité de la hanche et a été hospitalisée. Jusqu'alors, Maria vivait chez elle, elle était active et c'est son fils, Nick, qui s'occupait d'elle. Après deux jours d'hospitalisation, l'hôpital a évalué l'état de Maria et conclu qu'elle n'était pas en mesure de faire de la rééducation. Maria ne parlait pas bien anglais et aucun interprète n'était présent pour lui expliquer les conclusions de l'hôpital. Maria a rapidement perdu confiance en l'établissement. Nick pensait qu'il était trop tôt pour établir un pronostic quand au rétablissement de sa mère et n'était pas content que l'hôpital refuse de fournir une copie du rapport de radiographie au médecin traitant de Maria. En apprenant que l'hôpital prévoyait de demander la mise sous tutelle de Maria pour faciliter son transfert en résidence médicalisée, Nick a contacté un représentant des usagers pour avoir son soutien.

Une réunion entre le représentant des usagers, Nick et les principaux membres de l'équipe soignante a été organisée. Il a été décidé de faire un essai pour voir comment Maria répondrait à la rééducation. L'équipe a également accepté de remettre une copie du rapport de radiographie. Maria a été transférée dans le service de rééducation. Le traitement a été un succès. Elle a ensuite quitté l'hôpital et est rentrée chez elle. Les soins à domicile sont assurés par son fils Nick, avec le soutien des services de proximité. Ce bon résultat n'aurait pu être obtenu sans l'implication de Nick et de sa mère dans les discussions relatives au traitement de cette dernière.

Source : Case studies. Health Care Complaints Commission, 2003, 1:11. Sydney, New South Wales, Australia.

Introduction–Pourquoi est-il important de s'impliquer avec les patients et leurs familles ?

Les soins de santé modernes prétendent être axés sur les patients mais, pour bon nombre de patients, la réalité est tout autre. Les opinions conservatrices quant au degré d'implication des patients dans leur propre prise en charge constituent l'une des principales difficultés auxquelles les patients et les usagers doivent faire face. Les choses changent et, dans de nombreux pays du monde entier, la voix des usagers des soins de santé se fait entendre et est même reconnue par les gouvernements et les professionnels de santé.

Toute intervention de soins contient un élément d'incertitude quant à l'amélioration de la santé du patient. Chaque patient a le droit de recevoir des informations utiles concernant la qualité de ses soins, en particulier en cas d'intervention invasive. Si le patient y donne son consentement, les membres de la famille ou de l'entourage devraient participer à l'échange d'informations. Le consentement éclairé permet aux usagers/patients, en collaboration avec les professionnels de santé, de prendre des décisions quant aux interventions et aux risques qui y sont associés. Ces interventions peuvent inclure un traitement ou une procédure invasive.

Si la plupart des traitements et des interventions obtiennent de bons résultats, ou, tout au moins, ne causent pas de dommages, les mauvais résultats sont souvent liés à des erreurs systémiques ou aléatoires. Dans presque tous les cas, des personnes sont impliquées. La qualité d'un système de santé peut être jugée à la façon dont ce dernier gère ces erreurs. Le succès des organisations à haute fiabilité peut être mesuré au regard de la qualité des stratégies qu'elles prévoient pour faire face aux défaillances. Quand un établissement de soins n'implique pas les usagers dans sa gestion du risque systémique, il se prive d'un important savoir des patients qu'il ne pourra pas obtenir d'une autre source.

L'annonce d'un dommage associé aux soins suppose une communication honnête avec les patients et leur entourage suite à la survenue d'un événement indésirable associé aux soins (EIAS). Le fait que cette procédure soit utilisée dans de nombreux établissements de soins témoigne de l'importance du professionnalisme et de l'honnêteté dans la communication avec les patients et leur entourage. Cette attitude a eu pour effet d'amplifier les possibilités de partenariats avec les patients.

Bon nombre d'associations d'usagers s'intéressent désormais aux activités organisationnelles qui encouragent ou soutiennent la sécurité des soins. L'initiative de l'OMS intitulée Les patients pour la sécurité des patients [1] a été conçue pour les usagers et se concentre sur la formation à la sécurité des patients et au rôle joué par le système de santé en tant que facteur contributif aux EIAS. Le fait même que des professionnels de santé invitent les patients et leur entourage à s'associer à la prise en charge modifie la nature des soins pour les patients ainsi que l'expérience qu'en ont les professionnels de santé. Parcourir le chemin ensemble améliore le vécu des patients et réduit l'écart existant entre d'une part le traitement et les soins fournis et d'autre part l'expérience réelle qu'en ont les patients. Le nombre d'EIAS susceptibles de se produire est moindre et, lorsqu'un événement indésirable survient, les patients et l'entourage sont plus à même d'être compréhensifs vis-à-vis des causes sous-jacentes.

Beaucoup de patients qui bénéficient d'un traitement, en particulier s'ils sont hospitalisés, sont psychologiquement vulnérables et ce, même quand le traitement se déroule comme prévu. Des symptômes rappelant un syndrome de stress post-traumatique peuvent apparaître même suite à une procédure que les professionnels de santé jugent banale. Lorsqu'un patient subit un EIAS évitable, le traumatisme émotionnel peut être particulièrement sévère. En outre, le traumatisme résultant de la façon dont les professionnels de santé accueillent le patient et sa famille et communiquent avec eux suite à un EIAS peut, parfois, s'avérer plus préjudiciable que l'événement lui-même. Ce module présente des activités visant à impliquer les usagers qui se répartissent naturellement en deux catégories : i) les opportunités d'apprentissage et de rétablissement après un EIAS ; et ii) l'implication des patients dans la prévention des dommages.

Mots-clés
EIAS, annonce d'un dommage associé aux soins, excuse, communication, plaintes, normes culturelles, divulgation, formation, erreur, peur, décisions éclairées, responsabilité, patient et famille, axé sur le patient, autonomisation des patients, implication des patients, droits des patients, partenariat, déclaration, questions.

Objectif d'apprentissage

L'objectif de ce module est que les étudiants connaissent et comprennent les différentes façons dont les patients et leur entourage peuvent s'associer à la prise en charge, pour prévenir les dommages et apprendre à partir des EIAS.

Acquis de l'apprentissage : connaissances théoriques et pratiques

Connaissances théoriques

Les étudiants doivent comprendre les techniques de communication de base, les procédures relatives au consentement/choix éclairé ainsi que les principes de l'annonce d'un dommage associé aux soins.

Connaissances pratiques
Les étudiants doivent :

- encourager activement les patients et leur entourage à partager les informations ;
- partager activement les informations avec les patients et leur entourage ;
- faire preuve d'empathie, d'honnêteté et de respect vis-à-vis des patients et de leur entourage ;
- communiquer efficacement ;
- informer correctement les patients et obtenir leur consentement éclairé pour les traitements et les interventions, encourager les patients à prendre des décisions éclairées ;
- montrer du respect envers les différences de chaque patient, ses croyances religieuses, culturelles et personnelles ainsi que ses besoins individuels ;
- décrire et comprendre les étapes fondamentales d'une annonce suite à un dommage associé aux soins ;
- faire preuve de respect et d'ouverture d'esprit face aux plaintes des patients ;
- appliquer les principes relatifs à l'implication des patients dans toutes les activités cliniques ;
- montrer leur capacité à reconnaître l'importance de l'implication des patients et de leur entourage dans la bonne prise en charge clinique.

Techniques de communication de base

Principes de bonne communication

Avant d'aborder en détails l'annonce d'un dommage associé aux soins, il semble judicieux, si cela n'a pas déjà été fait, de revoir les principes régissant la bonne communication et le consentement éclairé.

Consentement éclairé

Il est très rare que le consentement ne constitue pas un aspect important de la relation entre un professionnel de santé et un patient ou un usager. L'acte même de donner un conseil, un médicament ou de pratiquer une intervention relève du concept de *respect de l'autonomie*. Le respect de l'autonomie fait référence au droit d'une personne de faire des choix et d'agir conformément aux valeurs et au système de croyances qui lui sont propres. Cela signifie qu'il n'est pas éthique qu'un professionnel de santé interfère dans les choix d'un patient, excepté si ce dernier est inconscient ou dans une situation susceptible de mettre sa vie en danger. La procédure de consentement aux soins permet d'évaluer avec précision le degré d'implication d'un patient dans son traitement ainsi que sa participation à ce dernier. La plupart des soins sont fournis sur la base d'un consentement verbal, au lieu d'un consentement écrit généralement réservé aux procédures ou traitements hospitaliers. Mais même dans le cas d'un consentement verbal, toutes les informations doivent être communiquées avec précision au patient. Certains étudiants et professionnels de santé pensent que les obligations au titre du consentement sont remplies dès lors qu'ils se présentent pour la première fois au patient ou qu'un formulaire de consentement éclairé est signé. Or, le consentement d'un patient représente bien plus qu'une simple signature ou une discussion sommaire.

Cette procédure permet aux patients (ou à leurs aidants) de considérer toutes les options de prise en charge possibles, y compris des alternatives à la conduite thérapeutique proposée. Elle est d'une importance capitale. C'est pourquoi des recommandations ont été élaborées afin d'aider les professionnels de santé à s'acquitter avec compétence de cette tâche. Malheureusement, cette procédure est écourtée par les contraintes liées au temps et, parfois, les attitudes vis-à-vis des patients. Elle a été conçue sur le long terme, en tenant compte des lois locales en vigueur. En substance, elle se découpe en deux phases principales [2], à savoir les éléments qui informent le patient et ceux qui lui permettent de prendre des décisions. Les informations fournies par le professionnel de santé et la compréhension qu'en a le patient constituent les éléments informatifs. Quant aux éléments qui permettent au patient de prendre une décision, ils incluent le temps d'assimiler les informations communiquées et, éventuellement, de prendre l'avis de la famille/l'entourage, la possibilité de faire librement et volontairement son choix et les compétences des professionnels de santé.

Les étudiants de nombreux domaines de la santé pourront observer la procédure de consentement aux soins lors de leurs stages en hôpital, cabinets dentaires, pharmacies ou centres de soins Certains assisteront à des situations exemplaires au cours desquelles les professionnels de santé et les patients discutent des options thérapeutiques et les patients acceptent ou refusent l'intervention ou le traitement. Mais, bon nombre verront également les patients donner leur consentement en n'ayant reçu qu'un minimum d'informations quant à l'action envisagée. Il n'est pas rare que les patients parlent de leur consentement avec des pharmaciens, du personnel infirmier ou d'autres professionnels de santé avant ou après en avoir discuté avec leur dentiste ou leur médecin. Le personnel infirmier devrait faire part au clinicien traitant des inquiétudes soulevées par les patients. Cela permet de garantir une communication franche et une réponse efficace aux besoins exprimés par les patients. La personne chargée de réaliser la procédure ou d'administrer le traitement devrait s'assurer que le patient comprend pleinement la nature du traitement ou de la procédure et a reçu toutes les informations pertinentes concernant les risques et les bénéfices associés.

Bon nombre d'étudiants pourraient se poser des questions concernant le volume et le type d'informations à communiquer, d'une part, et la mesure dans laquelle ces informations doivent être comprises afin de pouvoir affirmer que le patient a été informé de façon appropriée, d'autre part.

Comment un professionnel de santé peut-il savoir que le patient disposait de toutes ses facultés intellectuelles lorsqu'il a pris sa décision ? Comment être sûr que cette décision est bien volontaire, sans vulnérabilités intrinsèques (stress, deuil) ou extrinsèques (argent, menace) ?
Les considérations d'ordre financier peuvent être extrêmement importantes pour les patients qui ne bénéficient peut-être pas d'une bonne couverture maladie ni d'autres ressources financières.

Ce que les patients ont besoin de savoir

Les professionnels de santé sont fortement encouragés à fournir des soins fondés sur des preuves. Pour bon nombre de traitements, il existe un faisceau de preuves concernant la probabilité de réussite et de dommage. Si ces informations sont disponibles, il est important de les communiquer aux patients de façon compréhensible. S'il existe des publications susceptibles d'aider à la prise de décision, elles devront être utilisées. Avant de pouvoir décider, d'accepter ou non des soins, ou un traitement, les patients doivent disposer d'informations sur les points suivants.

Le diagnostic ou le problème principal
Cela inclut les résultats d'examens et les procédures. Sans diagnostic ou évaluation du problème, le patient peut difficilement se faire une opinion des effets bénéfiques du traitement ou des solutions proposées. Si le traitement est expérimental, il faut le signaler.

Le degré d'incertitude du diagnostic ou du problème
La dispensation de soins est intrinsèquement source d'erreurs. Au fur et à mesure que davantage de symptômes se manifestent et que de plus amples informations sont fournies, un diagnostic peut être confirmé ou modifié, ou un problème reformulé. Il est primordial de faire part de cette incertitude.

Les risques associés au traitement ou à la solution
Pour que les patients prennent des décisions qui leur conviennent, ils doivent connaître tous les effets indésirables ou complications associés au traitement ou à la procédure, ainsi que les résultats potentiels susceptibles d'affecter leur bien-être physique/mental. En outre, ils doivent connaître la nature des risques associés au traitement ou à la solution prévue, ainsi que les conséquences probables de l'absence de traitement.

Pour aborder les risques et les bénéfices d'un traitement avec un patient, il est possible, par exemple, d'engager une discussion d'ordre général sur le traitement ou la procédure puis de donner des informations spécifiques quant aux risques et bénéfices (et incertitudes) associés au traitement ou la procédure et, pour finir, de répondre aux inquiétudes et aux questions formulées par les patients ou leur entourage.

Les patients doivent être informés de toutes les options et pas uniquement de celle que le professionnel de santé privilégie. Plus particulièrement, ils doivent connaître :

- le traitement proposé ;
- les bénéfices escomptés ;
- la date de début du traitement ;
- la durée du traitement ;
- les frais engagés ;
- les éventuelles solutions alternatives à prendre en considération ;
- les bénéfices du traitement ; et
- les risques associés à l'absence de traitement.

Dans certains cas, malgré les risques, un traitement vaut mieux que l'absence de traitement en raison des conséquences probables qui y sont associées.

Les informations relatives à la durée prévue du rétablissement
Le type de traitement ou la décision d'accepter un traitement ou une procédure peut également dépendre d'autres facteurs dans la vie du patient, tels que son emploi, ses responsabilités familiales, les aspects financiers et le lieu du traitement.

Le nom, la fonction, les qualifications et l'expérience des professionnels de santé qui dispensent les soins et administrent le traitement
Les patients ont le droit de connaître le niveau de formation et d'expérience des professionnels de santé avec lesquels ils travaillent. Si un professionnel est inexpérimenté, la supervision devient alors une considération importante pouvant faire l'objet d'un échange d'informations.

La disponibilité et les coûts des services ou des médicaments requis
Les services de professionnels de santé supplémentaires peuvent s'avérer nécessaires. Dans certains cas, les patients peuvent avoir besoin d'une assistance non médicale pendant leur rétablissement. Il peut s'agir de ramener le patient à son domicile suite à un traitement ambulatoire impliquant une anesthésie ou d'acheter ses médicaments, ou encore de l'aider dans ses tâches quotidiennes après une importante intervention chirurgicale. Il y a également des traitements pour lesquels une série de traitements de suivis sont requis.

Outil pour une bonne communication

Plusieurs outils ont été élaborés en vue d'améliorer la communication. C'est le cas du cadre SEGUE, conçu par l'Université Northwestern de Chicago (Illinois, États-Unis) [3] :

Set the stage (préparer l'entretien)
Elicit information (obtenir des informations)
Give information (fournir des informations)
Understand the patient's perspective (comprendre le point de vue du patient)
End the encounter (mettre un terme à l'entretien).

Compétence culturelle

L'Australian Patient Safety Education Framework (APSEF, référentiel australien d'éducation à la sécurité des patients) définit la *compétence culturelle* comme l'ensemble des connaissances, des capacités et des attitudes dont a besoin un professionnel de santé pour fournir des soins de santé appropriés à tous, de façon à respecter et valoriser la compréhension et les approches culturelles de la santé et de la maladie de chacun [4].

La culture est un terme vaste qui inclut la langue et les coutumes ainsi que les valeurs, croyances, comportements, pratiques, institutions et tout ce par quoi et avec quoi les gens communiquent. Les étudiants observeront peut-être chez leurs camarades des tenues vestimentaires et des habitudes alimentaires liées à leur culture ou leur religion. En revanche, les systèmes de croyance sous-jacents auxquels ces camarades adhèrent leur seront moins évidents.

Dans bon nombre de pays du monde, la sécurité des patients et l'implication de ces derniers commencent tout juste à cheminer dans l'esprit des professionnels de santé et des patients. Des discussions ont lieu pour tenter de cerner comment cette évolution impactera les services de soins. Tout en reconnaissant le besoin d'une compétence culturelle pour les professionnels de santé, on note dans bien des pays, un mouvement en faveur de la sécurité des patients qui prône un changement de culture pour le système de santé.

Pour être culturellement compétents [5] lors de la dispensation de soins, les étudiants doivent :

- être conscients des différences culturelles et les accepter ;
- connaître leurs propres valeurs culturelles ;
- reconnaître que les personnes issues de contextes culturels différents n'ont pas les mêmes façons qu'eux de communiquer, se comporter, interpréter les informations et résoudre les problèmes ;
- reconnaître que les croyances culturelles affectent la façon dont les patients perçoivent leur santé, demandent de l'aide, interagissent avec les professionnels de santé et observent les traitements ou les plans de soins ;
- connaître le niveau d'alphabétisme (en santé) du patient ;
- être capables et avoir la volonté de changer leur façon de travailler afin de s'adapter au contexte culturel ou ethnique du patient en vue de fournir à ce dernier des soins optimaux ;
- avoir conscience que la compétence culturelle inclut des personnes issues de milieux socioéconomiques défavorisés. Les citoyens marginalisés ont tendance à être davantage passifs ; ils hésitent à exprimer leurs opinions ou leurs préférences et sont peu enclins à se fier à leur propre jugement.

Implication des patients et de leur entourage

Par rapport aux professionnels de santé et à d'autres personnels du secteur, les usagers constituent la partie prenante la moins représentée dans les efforts de sécurité et d'amélioration de la qualité des soins. Le patient et sa famille sont présents tout au long du continuum de soins ; ils voient l'intégralité du processus sous un autre angle. Par conséquent, ne pas les impliquer peut priver le secteur de la santé d'une précieuse source de données et d'expériences réelles susceptibles de mettre en lumière le fossé existant entre les mesures disponibles concernant la sécurité des patients et les niveaux de sécurité vécus par les patients.

Les patients et leur famille n'étant pas organisés comme peuvent l'être d'autres groupes d'acteurs concernés, leurs intérêts et leurs besoins n'ont pas été bien saisis ou bien intégrés dans les activités de recherche, l'élaboration de politiques, les programmes d'enseignement de la sécurité des patients, l'éducation des patients et les systèmes de déclaration des erreurs/presque accidents. Récemment, les spécialistes de la sécurité des patients ont indiqué que l'absence de progrès dans ce domaine pouvait être due, au moins en partie, à une certaine incapacité à impliquer efficacement les usagers des soins de santé dans le maintien de la sécurité des soins.

Effets de l'implication des patients

Si bon nombre de discours éthiques quant à l'importance d'établir des partenariats avec les patients ont été prononcés, les études concernant la mesure dans laquelle ces partenariats réduisent l'incidence des erreurs restent limitées. Une étude de Gallagher et al. [6] a montré que les patients hospitalisés souhaitaient vivement (91 %) participer à des activités de prévention des erreurs. Ils étaient plus ou moins à l'aise selon les situations. Les patients se sentaient à l'aise (85 %) pour poser des questions sur le but d'un médicament mais près de la moitié (46 %) se sentaient très gênés de demander aux professionnels de santé s'ils s'étaient lavés les mains.

Dans un article de T. H. Gallagher et M. H. Lucas [7] paru en 2005 sur l'annonce des erreurs médicales aux patients, les auteurs ont évoqué sept études ayant évalué les réactions des patients lors de l'annonce. Ces études montraient un écart entre les préférences des patients et les craintes des professionnels de santé que le partage d'informations avec les patients ne les expose à des poursuites judiciaires. Heureusement, beaucoup d'efforts ont été fournis afin d'élaborer des politiques relatives à l'annonce d'un dommage associé aux soins et, depuis 2005, de nombreux hôpitaux ont instauré ce type de politiques sans observer la moindre conséquence négative.

Comment les patients peuvent-ils participer à leur prise en charge ?

Les patients et leur famille constitue une entité

présente tout au long du continuum de soins, alors qu'un éventail de professionnels va et vient, chacun proposant et mettant en pratique son expertise spécifique. Nous savons également que ces interventions et plans de soins peuvent ne pas être bien intégrés. En conséquence, l'objectif d'assurer une parfaite continuité des soins n'est pas toujours atteint. La présence continue du patient, ainsi que la reconnaissance de ce dernier comme le dépositaire d'informations, d'une part, et une ressource précieuse dans le plan de soins, d'autre part, constituent des arguments impérieux en faveur de la participation des patients et de leur famille aux soins de santé sans risque.

Continuité des soins

La plupart des professionnels de santé sont en contact avec les patients lorsque ces derniers sont pris en charge dans leur environnement de travail, –à savoir un service, une pharmacie, un cabinet dentaire, un centre de soins. Les patients, quant à eux, passent par de nombreux milieux de soins, de leur domicile aux centres de soins, en passant par les hôpitaux, les services ambulatoires et les cabinets médicaux. Les étudiants en santé doivent comprendre l'impact que peuvent avoir une communication et un travail d'équipe insuffisants sur la continuité des soins pour les patients. Les traitements prescrits sur la base d'informations inexactes (les informations fournies étaient fausses) ou incomplètes (les informations n'étaient pas disponibles) peuvent s'avérer inappropriés. Les patients sont la seule constante lors des transitions entre professionnels de santé et environnements de soins. C'est pourquoi inclure systématiquement les patients aux échanges d'informations permettra de garantir l'exactitude des communications. Disposer d'informations précises est primordial, en particulier lors des transferts et des changements d'équipes.

En vue d'améliorer la qualité du passage des patients d'un professionnel à un autre, les étudiants doivent :

- fournir les informations aux bonnes personnes au bon moment afin de veiller à ce que le patient reçoive des soins et un traitement continus ;
- noter les informations clairement et lisiblement ;
- enregistrer les progrès du patient dans son dossier ;
- transmettre avec précision les informations relatives au statut du patient et au plan de soins aux autres membres de l'équipe ou à une autre équipe soignante ;
- faire clairement part des observations cliniques aux autres membres de l'équipe soignante ;
- confier les soins du patient à un médecin traitant ou à un membre remplaçant de l'équipe soignante ;
- assurer la coordination de la continuité des soins pour tous les patients ;
- gérer efficacement les médicaments.

S'inspirer des expériences des patients

Les experts en facteurs humains se sont montrés très prudents concernant la possibilité de confier des responsabilités aux patients ou à leur famille sans que le rôle qu'ils jouent dans la prévention des dommages ne soit mieux défini. Des recherches sérieuses sur le rôle des patients dans la réduction des erreurs ou sur l'existence même de ce rôle en la matière doivent encore être menées. Néanmoins, bon nombre d'expériences partagées par des patients ayant subi des EIAS montrent que si les professionnels de santé avaient écouté les préoccupations des patients, les EIAS auraient pu être évités. Ces récits véhiculent un message fort à l'attention des professionnels de santé. Les étudiants ne doivent pas ignorer ces expériences ; ils doivent y réfléchir et intégrer dans leur propre pratique les enseignements qu'ils en tirent. Les expériences des patients peuvent également appuyer et renforcer efficacement le contenu des manuels et des exposés.

Tirer des leçons des expériences des patients

Les expériences des patients ne sont traditionnellement pas considérées comme une source d'enseignement pour les étudiants. Des preuves de plus en plus nombreuses montrent pourtant que les étudiants et les professionnels ont beaucoup à apprendre de l'histoire et des expériences des patients, notamment l'importance de la participation de ces derniers aux activités suivantes : i) aider à poser le diagnostic ; ii) prendre des décisions relatives aux traitements appropriés ; iii) choisir un professionnel expérimenté et sûr ; iv) veiller à ce que les traitements soient correctement administrés ; et v) identifier les EIAS et les déclarer le plus rapidement possible [8].

Bon nombre d'étudiants retiennent bien ce qu'ils apprennent des patients en raison de l'authenticité de leur voix et de leur rôle dans la promotion de soins axés sur le patient. Il existe également des documents isolés qui mettent en évidence des préoccupations et des questions de patients restées sans réponse conduisant à des EIAS.

A l'heure actuelle, les systèmes de santé n'exploitent pas suffisamment l'expertise que les patients peuvent apporter à leur partenariat avec le secteur de la santé. Outre la connaissance qu'ils ont de leurs symptômes, préférences et attitudes vis-à-vis du risque, ils apportent un autre regard en cas d'imprévu [9].

En quoi consiste l'annonce d'un dommage associé aux soins et que faut-il annoncer ?

L'annonce d'un dommage associé aux soins est un processus qui consiste à informer le patient et/ou sa famille de la survenue d'un événement indésirable associé aux soins qui aurait dû et pu être évité. L'événement indésirable est, dans ce cas, à distinguer des complications évolutives de la maladie ou de la blessure. Il existe plusieurs définitions, témoignant des discussions sur les recommandations en la matière en cours d'élaboration et de mise en œuvre dans bien des pays.

En Australie, l'annonce d'un dommage associé aux soins est définie comme suit :

> *Processus qui consiste à adopter une approche ouverte et cohérente de la communication avec le patient et son entourage suite à un incident le concernant. Cela suppose d'exprimer des regrets pour ce qui s'est passé, d'informer le patient et de lui faire part du déroulement de l'enquête, notamment les mesures prises pour éviter qu'un incident similaire ne se reproduise à l'avenir. Il s'agit également de fournir toute information sur l'évolution des systèmes de santé résultant de cet incident ou de l'enquête le concernant et ce afin d'améliorer la sécurité des patients* [10].

L'annonce d'un dommage associé aux soins est une communication honnête avec les patients et/ou leur famille suite à un EIAS, et non une accusation. L'honnêteté est une obligation éthique documentée dans la plupart des codes de bonnes pratiques. Cependant, bon nombre de pays n'ont pas encore élaboré de recommandations aux professionnels de santé en matière d'annonce d'un dommage associé aux soins. Ces recommandations devraient inclure les questions fondamentales suivantes : « Quelle est la meilleure chose à faire dans ce cas ? » ; « Que souhaiterais-je pour moi si j'étais dans cette situation ? » et « Que voudrais-je si ma compagne/mon compagnon était victime d'un EIAS ? »

Les patients veulent-ils être mis au courant des EIAS ou des erreurs qui produisent des presque accidents ?

Une étude phare de Vincent et al. publiée en 1994 [11] a examiné l'impact de dommages médicaux sur les patients et leurs proches ainsi que leurs raisons d'intenter une action en justice suite à ces EIAS. Les résultats de ces études ont relancé les discussions sur le rôle et l'expérience des patients. Les chercheurs ont interrogé 227 patients et proches de patients (sur un échantillon de 466, soit 48,7 %) qui intentaient un procès (en 1992) par le biais de cinq cabinets d'avocats spécialisés dans les plaintes pour négligence médicale. Ils ont montré que 70 % des répondants avaient été sérieusement affectés par les EIAS à l'origine de leur action en justice, avec notamment des effets à long terme sur leur emploi, leur vie sociale et leurs relations familiales. D'après les résultats de l'étude, ces événements avaient déclenché d'intenses réactions émotionnelles qui ont duré longtemps. Les décisions d'intenter une action en justice étaient motivées par l'atteinte initiale et influencées par la gestion insensible et la communication insuffisante après la survenue de l'événement. Moins de 15 % des explications fournies, le cas échéant, étaient considérées satisfaisantes.

L'analyse des motifs des litiges a dégagé quatre principaux thèmes [11] :

- préoccupation à l'égard des standards de soins : les patients et les proches souhaitaient éviter que des incidents similaires se reproduisent à l'avenir ;
- la nécessité d'une explication : savoir comment et pourquoi le dommage a eu lieu ;
- l'indemnisation : pour les pertes réelles, douleur et souffrance réelles ou aussi pour les soins futurs de la victime ;
- la responsabilité : une croyance selon laquelle le personnel ou l'établissement devrait se justifier de ses actes. Les patients souhaitaient davantage d'honnêteté, une appréciation de la gravité du traumatisme subi et des garanties que leurs expériences allaient servir de leçon.

Après avoir subi un EIAS, les patients veulent une explication, une reconnaissance des responsabilités, des excuses, l'assurance que tout est fait pour éviter que de tels événements touchent d'autres patients à l'avenir et, dans certains cas, des sanctions et une indemnisation.

Obstacles courants à une attitude d'honnêteté avec les patients suite à un EIAS

Les professionnels de santé peuvent vouloir fournir des informations précises et opportunes aux patients concernant un EIAS mais craindre que cet échange ne débouche sur une action en justice ou, à tout le moins, sur une confrontation avec un patient ou un membre de sa famille très en colère. L'enseignement ciblé du processus d'annonce d'un dommage associé aux soins pourrait mieux préparer les professionnels de santé à ce type de situation. Il se peut également que les professionnels de santé éprouvent de la honte et/ou craignent de stresser encore davantage les patients, de ruiner leur réputation, de perdre leur travail et/ou leur assurance professionnelle. Il ne s'agit pas d'accepter la faute ou de la rejeter sur quelqu'un ; c'est une question d'intégrité et de valeurs professionnelles.

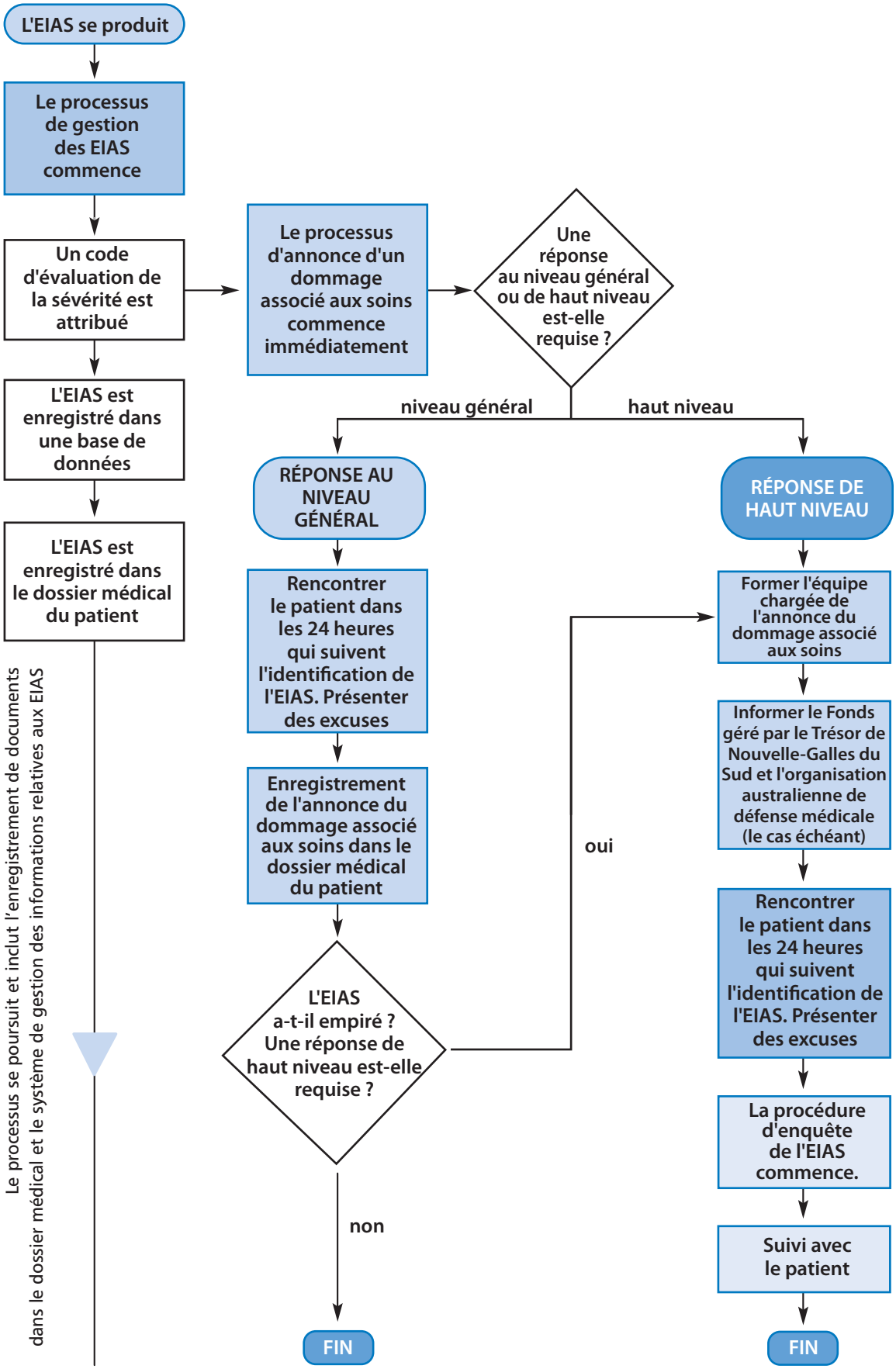
Principes fondamentaux de l'annonce d'un dommage associé aux soins

Les principes fondamentaux de l'annonce d'un dommage associé aux soins sont les suivants [12] :

- une communication franche et en temps opportun ;
- la reconnaissance de l'EIAS ;
- l'expression de regrets/des excuses ;
- la reconnaissance des attentes raisonnables du patient et de son entourage ;
- le soutien au personnel ;
- la confidentialité.

Le processus de l'annonce d'un dommage associé aux soins comporte de nombreuses étapes. Les professionnels de santé expérimentés en sont responsables. Les étudiants ne devraient jamais avoir la responsabilité d'annoncer un EIAS aux patients et à leur famille. Ils devraient essayer d'observer et d'être présents lors de l'annonce afin d'apprendre ce processus et ce qu'il représente pour les patients et leur famille. La Figure B.8.1 représente l'organigramme du processus d'annonce d'un dommage associé aux soins utilisé en Nouvelle-Galles du Sud (Australie), mis en place en 2007.

Figure B.8.1. Processus d'annonce d'un dommage associé aux soins, Nouvelle Galle du Sud, Australie



Source : Adapté de l'organigramme du processus d'annonce d'un dommage associé aux soins http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf [12].

Référentiel de Harvard pour l'annonce d'un dommage associé aux soins [13]

Il comprend sept étapes : la préparation ; le lancement de la conversation ; l'exposition des faits ; l'écoute active ; la reconnaissance de ce qui a été dit ; la conclusion de la conversation ; et la documentation de la conversation. Avant l'annonce, il est important d'examiner à nouveau tous les faits associés. Il convient d'identifier et de convier les participants concernés par la discussion. Un endroit adapté aura été défini au préalable.

Au début de la discussion, il faut évaluer dans quelle mesure le patient et/ou sa famille sont prêts à participer ainsi que leurs connaissances en matière de santé, leur capacité à comprendre ce type d'informations, et leur niveau global de compréhension. Le professionnel de santé qui mène la discussion devrait décrire ce qui s'est passé en évitant d'employer des termes techniques et médicaux. Il est important à la fois de ne pas submerger d'informations le patient ou son entourage, ni de trop simplifier les choses. Le professionnel de santé devra veiller à parler lentement et clairement et être attentif au langage du corps. Une fois les événements présentés, il convient d'expliquer ce que l'on sait des résultats ainsi que les mesures à prendre. Le professionnel de santé doit reconnaître avec la plus grande sincérité la souffrance du patient et de sa famille.

Il doit écouter avec attention et respect le patient et sa famille. Il devrait faire attention à ne pas monopoliser la conversation en laissant suffisamment de temps et de place au patient et à sa famille pour poser leurs questions et obtenir les réponses les plus complètes possible.

A la fin de la conversation, la discussion devrait être résumée et les principales questions soulevées lors de la discussion, répétées. A ce stade, il conviendrait de mettre en place un plan de suivi. La conversation, ainsi que les événements qui l'ont précédée, devraient ensuite être correctement documentés.

Techniques de communication avancées et annonce d'un dommage associé aux soins

Il est important de noter que les EIAS sont entourés d'une forte charge émotionnelle. Bien souvent, les patients ont peur et peuvent se sentir vulnérables, en colère ou frustrés. Les étudiants doivent s'appuyer sur leurs compétences fondamentales en communication afin d'aborder avec confiance les situations de ce type.

Il existe de nombreux outils et programmes de formation visant à aider les professionnels de santé et les étudiants à communiquer avec les patients et leur entourage. En général, lors des sessions de formation à la communication, les étudiants apprennent à poser les bonnes questions en évitant de paraître « trop sur la défensive », et en montrant aux patients comment leurs préoccupations ont été entendues et comprises.

Comment impliquer les patients et leur entourage ?

Lorsque les étudiants travaillent avec les patients, ils devraient :

- encourager activement les patients et leur entourage à partager les informations ;
- faire preuve d'empathie, d'honnêteté et de respect vis-à-vis des patients et de leur entourage ;
- communiquer efficacement ;
- obtenir le consentement éclairé de façon appropriée ;
- se rappeler que l'échange d'informations est un processus et non un événement. Les étudiants doivent toujours laisser aux patients la possibilité de poser d'autres questions ;
- montrer du respect envers les particularités de chaque patient, ses croyances religieuses, culturelles et personnelles ainsi que ses besoins individuels ;
- comprendre et décrire les étapes fondamentales d'une annonce suite à un dommage associé aux soins ;
- appliquer les principes relatifs à l'implication des patients dans toutes les activités cliniques ;
- montrer leur capacité à reconnaître la place de l'implication des patients et de leur entourage dans la bonne prise en charge clinique.

EPICES : un outil de communication

L'outil de communication EPICES, « Environnement, Perception, Invitation, Connaissances, Empathie, Stratégies et Synthèse » [14], traduction du moyen mnémotechnique anglais « SPIKES », est employé pour aider les professionnels de santé à annoncer une mauvaise nouvelle à des patients en fin de vie. Il peut néanmoins être utilisé plus généralement pour faciliter la communication avec les patients et leur entourage dans plusieurs cas de figure, comme la gestion des conflits, la communication avec un patient âgé, un patient difficile ou encore des patients issus de différents contextes socioculturels. Les étudiants peuvent commencer à pratiquer toutes les techniques, ou seulement certaines, énumérées ci-dessous. Outre la check-list simple, les étudiants peuvent réfléchir et se poser la question suivante : « Est-ce comme cela que je souhaiterais qu'un membre de ma famille soit traité ? »

Étape 1 : écouter (E)

Confidentialité

Les étudiants s'apercevront que dans bon nombre d'hôpitaux, de cabinets dentaires, de pharmacies et autres milieux de soins, la confidentialité de la prise en charge et du traitement d'un patient n'est pas toujours optimale. L'environnement joue un rôle important lorsque des sujets sensibles doivent être abordés. Le patient doit pouvoir écouter et poser des questions sans être dérangé. Il est primordial que le professionnel de santé et le patient soient totalement concentrés l'un sur l'autre. Par exemple, si la télévision ou la radio est allumée, il convient de demander poliment au patient de l'éteindre. Tous les

protagonistes pourront ainsi penser uniquement à la discussion à venir.

Faire participer les êtres chers
Il faut toujours demander aux patients s'ils souhaitent qu'un membre de leur famille ou un proche soit présent pour les soutenir et les aider à assimiler les informations. Certains patients, en particulier ceux qui sont fragiles et vulnérables, peuvent avoir besoin que quelqu'un leur explique les informations fournies. Il est très important de faire savoir aux patients qu'ils peuvent demander à quelqu'un d'être présent à leurs côtés s'ils le souhaitent.

S'asseoir
Au début de leur formation, les étudiants sont sensibles au fait que les professionnels de santé restent debout devant le patient ou s'assoient derrière un bureau et ils pointent ces problèmes du doigt. Toutefois, au fil du temps, ils finissent par accepter cet état de fait comme étant la norme, la façon de faire les choses. Les étudiants devraient s'exercer à demander au préalable aux patients l'autorisation de s'asseoir. Les patients apprécient qu'un professionnel de santé s'asseye car cela permet une communication directe et montre au patient que le professionnel souhaite prendre son temps.

Il faut toujours sembler calme et regarder le patient dans les yeux si cela est culturellement approprié. Parfois, lorsqu'un patient pleure, il vaut mieux regarder ailleurs et lui permettre de s'isoler pour se reprendre.

Écouter
L'écoute des patients, sans les interrompre, est une tâche importante du professionnel de santé. Garder le contact visuel et le silence est une bonne façon de manifester son intérêt et sa bienveillance au patient.

Étape 2 : percevoir (P)
Il s'avère souvent judicieux de demander au patient son avis sur la situation. Cela peut aider le professionnel de santé à comprendre ce que le patient a intégré de sa situation.

Étape 3 : inviter (I)
Bon nombre d'étudiants s'inquiètent de savoir quel volume d'informations ils doivent fournir au patient. A cet égard, les règles varient en fonction des pays. Cependant, se concentrer sur les besoins d'information propres à chaque patient vaut sans doute dans la plupart des pays et des cultures. Chaque patient est différent, tout comme le volume d'informations qu'il veut ou peut assimiler. Dans ce domaine, les étudiants devraient être guidés par leurs superviseurs. Le nombre d'informations fournit variera selon les professeurs et les superviseurs. En observant les approches mises en œuvre par les différents professionnels de santé, les étudiants ont l'occasion de déterminer ce qui fonctionne chez quel type de patient. Il ne faut pas oublier que le patient passe avant tout. Les étudiants doivent donc se concentrer sur chacun d'eux afin d'identifier ce qu'ils veulent savoir et le volume d'information qu'ils souhaitent obtenir. Les étudiants ne doivent jamais partir du principe que les patients préfèrent rester dans l'ignorance.

Les besoins des patients en matière d'information diffèrent. Si un patient présente des antécédents familiaux d'insuffisance cardiaque, le médecin pourrait passer plus de temps à parler des risques associés aux traitements particuliers et à être attentif aux angoisses exprimées par le patient.

Il existe une règle simple à retenir concernant les risques : tous les patients devraient recevoir des informations relative aux traitements en cas d'important dommage potentiel, même si le risque est faible, et lorsque des effets indésirables, bien que moindres, surviennent fréquemment. L'application de cette règle permettra à la plupart des professionnels de santé de fournir aux patients les informations correspondant à leurs besoins. Cette approche facilite la communication entre le patient et le professionnel de santé en favorisant la discussion.

Les étudiants se rendront également compte que donner trop d'informations aux patients peut les désorienter. La délivrance d'information devrait être soigneusement échelonnée et adaptée à la situation particulière du patient. Pour éviter toute surcharge d'information, il faut poser certaines questions, ou dire certaines phrases, simples, au début de la consultation. Par exemple ;

Nous allons maintenant vérifier ensemble que je vous ai donné suffisamment d'informations concernant votre diagnostic et/ou votre traitement.

Ou : *N'hésitez pas à me dire, à tout moment, si vous pensez avoir suffisamment d'informations pour le moment.*

Les étudiants apprendront rapidement que les patients ne retiendront pas les informations données dans un moment de grande angoisse, en particulier si un diagnostic difficile (pour le patient) est posé. Certains patients pourraient ne pas souhaiter disposer d'un trop gros volume d'informations ou prendre une décision concernant leur traitement. Il reste toutefois nécessaire de discuter, d'expliquer et de répondre aux questions, eu égard au respect de l'autonomie du patient. Certains patients peuvent préparer une liste de questions à aborder avec leur soignant. Les étudiants ne doivent pas redouter ce procédé mais répondre calmement à chaque question, de préférence en présence d'un formateur ou d'un superviseur. Si aucun formateur n'est disponible, les étudiants doivent avertir le patient qu'ils discuteront de leurs questions avec le formateur ou le superviseur.

Étape 4 : connaître (C)
Pour communiquer efficacement avec les patients, il faut toujours les prévenir que des informations difficiles vont leur être communiquées. Les patients ont ainsi le temps de se préparer, même s'il ne s'agit que de quelques minutes. Par exemple : *M. Smith, j'ai malheureusement de mauvaises nouvelles à vous apprendre.*

Étape 5 : explorer (E)
Les quatre étapes décrites ci-dessous aideront les étudiants à être attentifs aux besoins émotionnels de leurs patients.

- Écoutez et identifiez les émotions du patient. Si vous n'êtes pas sûr des émotions qui sont exprimées ou ressenties, posez des questions telles que : *Que ressentez-vous ?*
- Identifiez la source de l'émotion. « *C'est une mauvaise nouvelle. Souhaitez-vous partager vos sentiments ? Si vous voulez, je peux revenir plus tard pour discuter, une fois que vous aurez eu le temps de tout assimiler. Je ferai de mon mieux pour répondre à toutes vos questions.* »
- Montrez au patient que vous reconnaissez son émotion et ce qui en est à l'origine.
- Gardez le silence. Parfois, le plus important est d'être présent, de laisser le patient intégrer les informations et de lui donner une chance de poser des questions.

Certains patients sont plus difficiles à traiter que d'autres. C'est inévitable. Les étudiants remarqueront qu'il est plus facile de communiquer avec certains patients et leur famille qu'avec d'autres qui peuvent s'avérer plus exigeants et être perçus comme difficiles. Cela peut être dû au fait qu'ils ont peut-être vécu une mauvaise expérience auparavant et sont en colère. Ils peuvent être frustrés d'avoir dû attendre un traitement. Ils peuvent être sous l'emprise de l'alcool ou de drogues, ou encore avoir une maladie mentale. Lorsque les étudiants se trouvent face à de tels patients, ils devraient essayer de garder à l'esprit les risques associés aux stéréotypes et aux jugements.

Dans un établissement très fréquenté, il n'est pas rare que des groupes spécifiques soient victimes de discrimination. Lorsqu'un patient ou un groupe de patients (des consommateurs de drogues injectables par exemple) sont catalogués par l'équipe soignante, il est primordial que les étudiants prennent conscience que leurs propres préjugés ou préférences peuvent interférer avec leur capacité à être objectifs et à prendre des décisions. Il convient alors d'être particulièrement attentif, notamment parce que les opinions et les attitudes personnelles sont susceptibles d'altérer le jugement clinique objectif, ce qui peut conduire à des erreurs de traitement ou de diagnostic.

Étape 6 : synthétiser
A la fin de la consultation, il est toujours judicieux de résumer les informations abordées. Les patients peuvent avoir des questions supplémentaires ou se souvenir de quelque chose d'important. Si de nouveaux problèmes sont soulevés à la dernière minute, il convient de fixer un autre rendez-vous.

Il faudrait encourager les étudiants à pratiquer ces activités dès qu'ils commencent à travailler avec des patients. Recueillir les antécédents d'un patient ou lui demander quelles sont ses principales préoccupations représente une chance unique de s'impliquer activement en écoutant les patients, en leur posant des questions ouvertes et fermées et en leur demandant s'ils comprennent leur état ou leur situation. Encourager les patients à poser des questions constitue une première étape.

Promouvoir l'implication des patients dans leurs propres soins
Les patients qui jouent un rôle actif dans la prise en charge de maladies chroniques semblent bénéficier de meilleurs résultats que ceux qui ne jouent qu'un rôle passif [15-17]. Les patients et leur famille peuvent prendre conscience des possibilités de s'impliquer dans la prévention des EIAS grâce à des activités de sensibilisation et d'éducation quant aux risques de dommage évitable. Il faut les encourager à s'exprimer auprès des professionnels de santé sur leurs préoccupations en matière de sécurité.

Stratégies et activités d'enseignement

Le module peut être divisé en plusieurs sections à inclure dans les curriculums existants ou enseigné dans le cadre d'un exposé. Dans ce dernier cas, différentes stratégies énumérées ci-dessous peuvent être employées.

Exposé interactif/didactique

Les diaporamas ci-joints pourront vous guider afin de couvrir l'ensemble du module. Il est possible d'utiliser les présentations PowerPoint ou de les convertir pour les diffuser à l'aide d'un rétroprojecteur. Commencez la session par l'une des études de cas et demandez aux étudiants d'identifier plusieurs problématiques présentées dans ce scénario.

Discussion en petits groupes

Vous pouvez également présenter le module à un ou plusieurs étudiants et leur demander de mener une discussion sur les sujets qui y sont traités. Pour ce faire, les étudiants peuvent suivre l'ordre des titres tels qu'ils apparaissent et présenter le document. Le tuteur animant cette session devrait également être familiarisé avec son contenu afin de pouvoir y ajouter des informations relatives au système de santé local et à l'environnement clinique.

Exercices de simulation

Différents scénarios peuvent être imaginés concernant des EIAS et la nécessité de déclarer et d'analyser les erreurs. Des jeux de rôle comprenant des discussions entre les patients et les étudiants pourraient mettre en scène différentes situations : des informations

conflictuelles, l'étudiant ne disposant pas des informations demandées par le patient ou le patient se plaignant d'un étudiant par exemple. Ces jeux de rôle pourraient également prévoir un débriefing d'un étudiant ayant reçu une plainte.

Autres activités d'enseignement

Il existe différentes méthodes pour lancer une discussion sur les domaines du module. Il serait extrêmement profitable d'obtenir d'un patient qu'il raconte aux étudiants son expérience du système de soins, en particulier concernant les problèmes soulevés dans le présent Guide pédagogique. D'autres activités d'enseignement axées sur des points spécifiques abordés dans le module sont énumérées ci-dessous.

Connaître les problèmes juridiques et éthiques associés à l'annonce d'un EIAS

La plupart des exemples donnés dans le Guide pédagogique proviennent d'Australie, des États-Unis et du Royaume-Uni. Toutefois, les lois et les attentes culturelles relatives à l'annonce d'un dommage associé aux soins peuvent varier entre les pays.

- Vérifiez les déclarations éthiques de l'ordre professionnel de votre pays. Que disent-elles ? Comparez-les aux opinions de vos confrères ou de leur ordre professionnel.
- Renseignez-vous sur les organisations de représentation des usagers dans votre pays.
- Recherchez dans les médias locaux des articles au sujet de patients faisant valoir leurs droits.
- Invitez le représentant d'une compagnie d'assurance qui propose des assurances en responsabilité professionnelle pour parler des erreurs courantes et des stratégies visant à les réduire.

Apprendre comment répondre aux plaintes des patients

(Voir Module 6). → M6

- Invitez des cliniciens expérimentés et respectés à parler de la façon dont ils gèrent leurs plaintes.
- En vous servant des études de cas fournies dans le module ou de cas réels survenus dans votre domaine, demandez aux étudiants d'écrire une lettre d'excuse.
- Choisissez un cas. Évaluez le montant potentiel qu'un des patients victimes de l'erreur ou sa famille serait en droit de recouvrer auprès des assurances. Par exemple, la perte d'un emploi, les traitements continus voire le décès.
- Demandez, de façon informelle, aux professionnels de santé ce qu'ils pensent des organismes qui aident les patients à porter plainte. Répétez avec un étudiant les arguments selon lesquels il est important d'écouter les opinions des usagers.
- Invitez des patients ayant porté plainte à faire part de leur expérience.

Apprendre la communication et l'annonce d'un dommage associé aux soins

Demandez aux étudiants de former des binômes ou des petits groupes, puis à un étudiant de jouer le rôle de l'un des patients présents dans les études de cas portant sur une erreur grave. L'autre étudiant jouera le rôle du médecin chargé d'annoncer l'erreur. Après cet exercice de jeu de rôle, demandez aux étudiants de raconter ce qu'ils ont ressenti et ce qu'ils ont appris. Il est également possible de demander aux étudiants de donner des exemples vécus de participation des patients et de leur famille. Inviter un patient ou un proche ayant subi un EIAS à s'adresser aux étudiants constitue une méthode d'enseignement efficace. Les patients sont de très bons enseignants en sécurité des patients.

Apprendre ce que signifie « donner du pouvoir » aux patients

Demandez aux étudiants en binômes ou en petits groupes de recueillir des informations auprès des patients concernant les aspects qui les ont fait se sentir en sécurité et ceux qui, à l'inverse, les ont inquiétés. Ou encore, les binômes pourraient discuter avec les patients des différentes façons dont ces derniers pensent qu'ils pourraient veiller à leur propre sécurité (en vérifiant les médicaments par exemple). Demandez aux étudiants de reformer le groupe et de présenter leurs résultats.

Apprendre la compétence culturelle

Demandez aux étudiants de former des petits groupes et d'envisager comment les professionnels de santé pourraient communiquer avec les patients issus de différents groupes culturels. Donnez en exemple une situation dans laquelle un patient présente une maladie potentiellement mortelle (comme un cancer). Discutez avec les étudiants des différences culturelles susceptibles d'affecter ce qui doit être dit au patient.

Répétez l'exercice dans lequel un patient est victime d'un EIAS. Déterminez avec les étudiants s'il existe des différences culturelles dans la façon dont les patients pourraient réagir à un tel événement.

Activités pour les étudiants lors des stages professionnels

- Suivre un patient tout au long de son parcours de santé.
- Suivre un professionnel de santé qui obtient un consentement de patients pour une intervention chirurgicale et examiner cette pratique sous l'angle du consentement éclairé.
- Demander aux étudiants de passer une journée avec un autre professionnel de santé (médecin, infirmier, kinésithérapeute, dentiste, travailleur social, pharmacien, diététicien, interprète) et d'explorer certaines des façons dont ces professions impliquent les patients et leur entourage.
- Demander aux étudiants qui interagissent avec des patients d'interroger systématiquement ceux-ci sur la perception qu'ils ont de leur maladie ou état.

- Demander aux étudiants qui interagissent avec des patients de leur poser systématiquement la question suivante : *Quelles sont les trois choses les plus utiles et les trois choses que vous souhaiteriez changer concernant les soins que vous avez reçus/recevez ?*
- Demander aux étudiants d'essayer de savoir si leur institution ou le service de santé est doté de processus ou d'équipes dédiés aux enquête sur les EIAS et à leur déclaration. Si cela s'avère possible, les étudiants peuvent demander au superviseur compétent la permission d'observer ou de participer à ces activités.
- Demander aux étudiants d'essayer de savoir si l'établissement réalise des revues de morbidité-mortalité ou d'autres groupes d'analyse par les pairs dans lesquels les EIAS sont examinés.
- Demander aux étudiants de discuter entre eux des erreurs observées dans l'établissement de soins au moyen d'une approche non culpabilisante.
- Demander aux étudiants de se renseigner sur le principal protocole utilisé par le personnel du milieu thérapeutique dans lequel ils travaillent. Les étudiants devraient demander comment ce protocole été rédigé, comment le personnel en prend connaissance et sait comment l'utiliser et quand s'en écarter.
- Demander aux étudiants de rédiger une composition sur l'impact des EIAS sur les patients.

Études de cas

Reconnaissance d'une erreur médicale

Cette étude de cas décrit la réponse à une erreur médicale dans un établissement de soins aux personnes âgées (Voir Module 6). → M6

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

Discussion

– Demandez aux étudiants de lire cette étude de cas et de discuter des conséquences positives de l'honnêteté de l'infirmier du point de vue du patient et de sa famille, de l'établissement de soins aux personnes âgées, de l'infirmier concerné et de la direction.

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

L'importance d'être à l'écoute des mères

Ce cas montre l'importance de traiter chaque patient comme une personne à part entière, avec ses spécificités propres, et d'écouter les inquiétudes des patients et de leur famille.

Rachel, une mère célibataire, a donné naissance à son premier enfant, un garçon en bonne santé, né à 37 semaines de grossesse et pesant 2 700 grammes. Il n'y a pas eu de complications et, une heure après l'accouchement, la mère et le bébé étaient stables. L'infirmière a dit à Rachel qu'elle et son bébé se portaient bien.

L'allaitement a débuté six heures après la naissance. L'infirmière a fait part à l'oral au médecin de certaines difficultés au niveau de l'allaitement et a dit que le bébé semblait trop endormi. Selon les règles de l'hôpital, les mères sortent 36 heures après l'accouchement donc Rachel a été préparée à sa sortie.

Le docteur A lui a dit que tout allait bien, que son bébé avait un ictère léger qui passerait en quelques jours car il n'y avait aucune incompatibilité fœto-maternelle. Il a ajouté que l'allaitement devrait s'améliorer chez ce « bébé en bonne santé » au cours des jours suivants.

Un autre médecin (le docteur B) lui a dit de revenir à l'hôpital la semaine suivante. A la maison, les difficultés d'allaitement ont continué et les symptômes associés à l'ictère du nouveau-né se sont aggravés. Rachel a eu peur et a emmené son bébé, alors âgé de 72 heures, aux urgences. Le médecin urgentiste n'a pas pesé le nouveau-né mais a demandé une bilirubinémie. Le résultat était de 13,5 mg/dl (231 mol/l). Le médecin a expliqué que le taux était élevé pour un nouveau-né de trois jours mais qu'il n'y avait rien d'inquiétant. Il a conseillé à Rachel de revenir la semaine suivante et lui a dit, en riant : « Votre bébé va bien, ne vous inquiétez pas. Je sais de quoi je parle, c'est moi le médecin. »

Au cours des jours qui ont suivi, le bébé a voulu téter toutes les heures et demi et les seins de Rachel semblaient vides. Les amis de Rachel, qui n'avaient pas d'enfant, lui disaient : « Si le médecin dit que tout va bien, c'est que tout va bien. Ne t'inquiète pas. »

Lorsque le bébé avait 10 jours, Rachel l'a emmené à l'hôpital, conformément aux consignes du docteur B. A ce stade, le nouveau-né avait perdu 20 % de son poids et son taux de bilirubine était de 35 mg/dl. A l'examen clinique, le nourrisson présentait des signes évidents d'encéphalopathie bilirubinique.

Le Comité consultatif de l'hôpital a essayé de comprendre comment cette situation, qui aurait pu être évitée, a pu avoir lieu.

Question

– Demandez aux étudiants d'analyser ce cas. Que s'est-il passé et quand ? Qu'aurait-il fallu faire pour l'éviter et quand ?

Décrypter les inquiétudes des patients et de leur entourage, même lorsqu'elles ne sont pas entièrement exprimées, est une compétence primordiale que les étudiants doivent maîtriser. Il arrive parfois que les patients et leur famille soient jugés comme exagérément anxieux. Or, nous ne devrions jamais ignorer ou négliger les inquiétudes des patients. Nous devons toujours prendre ces derniers ainsi que leurs préoccupations au sérieux. Les patients et leur entourage ne devraient jamais avoir l'impression que leurs inquiétudes sont inappropriées.

Source : Groupe de travail - WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools Cas fourni par Jorge Martinez, professeur, chef de projet et analyste fonctionnel, université du Salvador, Buenos Aires, Argentine.

Lettre d'une patiente

Cette lettre illustre le point de vue d'une patiente et son expérience vis-à-vis de son hospitalisation

Je m'appelle Alice et j'ai 25 ans. J'ai eu des douleurs abdominales pendant six jours et j'avais vraiment peur car, il y a un an, ma sœur a eu les même symptômes. On lui a diagnostiqué un cancer de l'intestin. Elle suit actuellement un traitement très agressif.

J'ai décidé de me rendre seule à l'hôpital pour ne pas inquiéter ma famille. Je suis arrivée à l'hôpital tôt le matin. Je ne savais pas exactement où aller et à qui parler. C'était la première fois que je venais. Tout le monde avait l'air très pressé et ne semblait pas vraiment accueillant. Certaines personnes avaient même l'air aussi effrayées que moi.

J'ai pris une grande inspiration et j'ai demandé à une jeune femme, qui m'a regardée et m'a souri, si elle savait où se trouvait le service de gastroentérologie. Elle a eu un petit rire et m'a dit : « Je suis étudiante et, moi aussi, je suis perdue. Essayons de le trouver ensemble. C'est là que je dois aller.» Elle a ajouté : « Et si nous demandions à l'accueil ? »

J'ai pensé que c'était une bonne idée et je me suis soudainement sentie comme protégée. Une personne qui, pour moi, était un professionnel de santé, était à mes côtés.

Nous sommes arrivées à l'accueil, qui était surchargé de gens en train de crier. Certains étaient énervés. Il n'y avait qu'une seule personne pour répondre aux questions. Lucy, l'étudiante, a dit : « Je ne pense pas que nous réussirons à obtenir des informations ici. » J'ai suggéré que nous suivions les panneaux que j'avais vus à l'entrée principale.

Nous avons donc affronté la foule et sommes arrivées à l'entrée principale. Et nous avons finalement réussi à trouver le service de gastroentérologie. Lucie m'a dit : « Oui, c'est bien ici, allez voir l'infirmière qui se trouve là-bas. Je dois aller en cours, bonne chance ! »

L'infirmière m'a dit que je n'aurais pas dû venir directement au service de gastroentérologie. Elle m'a dit de me rendre au service des urgences où mon état serait évalué. Je suis donc retournée aux urgences. Lorsque je suis arrivée, beaucoup de gens attendaient. On m'a dit que j'allais devoir attendre. Une infirmière m'a dit « Vous auriez dû venir plus tôt. » (J'étais pourtant arrivée tôt !)

Un médecin généraliste m'a examinée et a prescrit des radios et des analyses. Personne ne m'a rien dit. Je n'ai reçu aucune explication. J'avais alors plus peur qu'en me réveillant le matin avec mes douleurs au ventre.

J'ai passé toute la journée à l'hôpital à passer d'un endroit à l'autre. A la fin de la journée, un médecin est venu me voir et m'a dit, en quelques mots, que tout allait bien et que je ne devais pas m'inquiéter. J'ai enfin pu respirer !

Je voudrais dire aux directions hospitalières qu'elles devraient prendre conscience que toute personne qui se rend à l'hôpital, même si elle n'est pas gravement malade, est stressée et se sent bien souvent mal. Il faut du personnel accueillant pour s'occuper de nous, qui essaie de comprendre notre histoire et pourquoi nous allons mal. Il faut une communication claire entre les professionnels de santé et les patients. Nous avons besoin d'informations précises sur la façon d'utiliser les établissements hospitaliers. Je comprends que vous ne puissiez pas soigner tout le monde. Vous ne pouvez malheureusement pas faire –des miracles, mais je suis convaincue que vos établissements pourraient être plus accueillants avec les patients. Les médecins et le personnel infirmier ont un pouvoir incroyable : grâce à leurs mots, leurs gestes et leur compréhension de la situation des patients, ils peuvent nous faire sentir en sécurité et soulagés.

N'oubliez pas ce pouvoir dont vous disposez et qui est si précieux pour les êtres humains qui entrent dans votre hôpital.

Veuillez agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Alice

Discussion

– Demandez aux étudiants de discuter de la façon dont ils peuvent répondre aux angoisses de leurs patients.

Source : Groupe de travail - WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools Cas fourni par

Jorge Martinez, professeur, chef de projet et analyste fonctionnel, université du Salvador, Buenos Aires, Argentine.

Barrière linguistique

Cette étude de cas illustre une barrière linguistique dans le cabinet d'un dentiste. Dans cet exemple, les difficultés de communication entre le clinicien et le patient (en raison d'une barrière linguistique) ont entraîné chez ce dernier un stress émotionnel.

Un homme de 18 ans s'est rendu avec sa mère chez le dentiste pour faire obturer une carie. Le dentiste a constaté que la prémolaire inférieure droite était excessivement abîmée et, après avoir fait une radiographie, a dit au patient, en anglais, qu'un traitement radiculaire était nécessaire.

Le dentiste a alors commencé la procédure d'accès à la carie afin de localiser précisément les canaux. Apparemment, le patient s'attendait à bénéficier du traitement banal pour une carie dentaire. Dès que le dentiste a atteint la pulpe très sensible, le patient a sursauté de douleur. Il a ensuite commencé à accuser le dentiste de ne pas bien faire son travail. Il a refusé de poursuivre le traitement et a quitté le cabinet de chirurgie dentaire pour porter plainte auprès de l'administration de l'établissement. Il s'est ensuite avéré que le patient ne parlait pas anglais, ne sachant dire que quelques mots comme « d'accord » et « merci ».

Le patient et sa mère ont continué à se plaindre du fait que le dentiste n'ait pas bien communiqué avec le jeune homme et n'ait pas clairement expliqué la procédure.

Questions

– Quels facteurs auraient pu empêcher le dentiste de déterminer que le patient ne comprenait pas l'anglais ?
– Quels facteurs ont empêché le patient et sa mère de s'exprimer avant le début du traitement ?

Source : Cette étude de cas a été fournie par Shan Ellahi, consultant pour la sécurité des patients du service de santé de la commune d'Ealing and Harrow, National Health Service, Londres, RU.

Accouchement à domicile

Ce cas illustre l'implication des principaux membres de la famille aux décisions relatives aux soins.

Marie attendait son deuxième enfant. Son premier enfant était né sans complication à l'hôpital local. Pour cette deuxième grossesse, les soins prénatals avaient été dispensés par une sage-femme. Tous les examens indiquaient une grossesse sans risque et, à 36 semaines, Marie et sa sage-femme avaient discuté de l'accouchement. Marie a dit qu'elle souhaitait accoucher chez elle mais son mari avait des doutes. La sage-femme a expliqué qu'un accouchement à domicile était envisageable car la grossesse se déroulait bien et que Marie n'avait eu aucune complication lors de son premier accouchement.

Lorsque Marie est arrivée à 39 semaines de grossesse, les contractions ont commencé et elle a appelé sa sage-femme qui est allée la voir. Le travail a progressé rapidement et, en deux heures, le col était entièrement dilaté. Lorsque Marie a commencé à pousser, la sage-femme a entendu le rythme cardiaque du bébé ralentir. Elle a placé Marie sur le côté gauche et lui a demandé de pousser. Cinq minutes plus tard, le rythme cardiaque fœtal s'était amélioré et la tête du bébé sortait. Une minute plus tard, une petite fille en bonne santé était née. Pendant les premières heures qui ont suivi la naissance, a mère et le bébé allaient bien.

Le lendemain, la sage-femme s'est rendue après de Marie et de son mari, chez eux. Ils ont discuté de l'accouchement. Le mari de Marie a dit qu'il trouvait que la sage-femme était très expérimentée mais qu'il était toujours secoué par le ralentissement du rythme cardiaque du bébé. Il ne voulait pas d'un accouchement à la maison.

Questions

– Comment la sage-femme aurait-elle pu s'assurer et vérifier que Marie était bien informée sur l'accouchement à domicile ?

– Comment les proches (en l'occurrence le mari) peuvent-ils être impliqués dans les choix et les décisions ?

– Comment la sage-femme aurait-elle pu répondre efficacement aux préoccupations du mari ?

Source : Cas fourni par Marianne Nieuwenhuijze, sage-femme DE, titulaire d'une maîtrise en santé publique, directrice du département de recherches, sciences de la maïeutique, faculté d'études et d'enseignement de la maïeutique, université Zuyd, Maastricht, Pays-Bas.

Outils et ressources documentaires

Farrell C, Towle A, Godolphin W. *Where's the patients' voice in health professional education?* Vancouver, Division of Healthcare Communication, University of British Columbia, 2006 (http://www.chd.ubc.ca/dhcc/sites/default/files/documents/PtsVoiceReportbook.pdf ; consulté le 21 février 2011).

Atelier sur la sécurité des patients

Building the future for patient safety: developing consumer champions–a workshop and resource guide. Chicago, IL, Consumers Advancing Patient Safety. Financé par l'Agency for Healthcare Research and Quality (http://patientsafety.org/page/102503/ ; consulté le 21 février 2011).

Soins axés sur le patient
Agency for Healthcare Research and Quality. Expanding patient-centred care to empower patients and assist providers. *Research in Action*. 2002, issue 5, (http://www.ahrq.gov/qual/ptcareria.pdf; consulté le 21 février 2011).

Leape et al. Transforming healthcare: a safety imperative. *Qualtiy & Safety in Health Care*, 2009, 18:424–428.

Erreurs médicales
Talking about harmful medical errors with patients. Seattle, University of Washington School of Medicine (http://www.ihi.org/IHI/Topics/PatientCenteredCare/PatientCenteredCareGeneral/Tools/TalkingaboutHarmfulMedicalErrorswithPatients.htm ; consulté le 21 février 2011).

Annonce d'un dommage associé aux soins
Open disclosure education and organisational support package. Open Disclosure Project 2002–2003, Australian Council for Safety and Quality in Health Care (http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F5F0F61AB647786CCA25775B0021F555/$File/OD-LiteratureReview.pdf; consulté le 21 février 2011).

Open Disclosure. Australian Commission for Safety and Quality, 2 December 2010 (http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/PriorityProgram-02; accessed 21 February 2011).
Open disclosure guidelines. Sydney, New South Wales, Australia, Department of Health, May 2007 (http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf ; consulté le 21 février 2011).

Évaluation des connaissances pour ce module

Des détails concernant l'évaluation de la sécurité des patients sont fournis dans le Guide du formateur (Partie A). Toutefois, différentes méthodes sont adaptées pour ce module, notamment les dissertations, les QCM, les questions à réponse courte, les discussions de cas et l'auto-évaluation. Les étudiants peuvent être encouragés à adopter une approche par portfolio pour leur apprentissage sur la sécurité des patients. En suivant cette approche, les étudiants disposent en fin de formation d'une collection de toutes les activités qu'ils ont réalisées dans le domaine de la sécurité des patients. Ils peuvent ensuite les mettre à profit dans leur recherche d'emploi et dans leurs futures carrières.

L'évaluation des connaissances relatives à l'implication des patients et l'annonce d'un dommage associé aux soins peuvent inclure l'utilisation de :

- portfolios ;
- discussions de cas ;
- station ECOS ;
- observations écrites à propos du système de santé (en général) et du risque d'erreur ;
- composition sur le rôle joué par les patients dans les hôpitaux ou les centres de soins, les conséquences du paternalisme, le rôle des cliniciens expérimentés dans le processus d'annonce d'un dommage associé aux soins, et/ou le rôle des patients en tant que formateurs.

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

Il semble important d'inclure un représentant des usagers au sein de l'équipe chargée de l'évaluation.

Évaluation de l'enseignement de ce module

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

Références

1. *Pourquoi l'engagement des patients est-il devenu une priorité* ? Organisation mondiale de la Santé, Alliance mondiale pour la sécurité des patients, Genève (http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/fr/ ; consulté le 21 février 2011).
2. Kerridge I, Lowe M, McPhee J. *Ethics and law for the health professions*, 2nd ed. Annandale, NSW, Federation Press, 2005:216–235.
3. Emmanuel L et al, eds. *The patient safety education project (PSEP) core curriculum*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.
4. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. *National patient safety education framework*. Commonwealth of Australia, 2007.
5. Genao I et al. Building the case for cultural competence. *The American Journal of Medical Sciences*, 2003, 326:136–140.
6. Gallagher TH et al. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *Journal of the American Medical Association*, 2003, 289:1001–1007.
7. Gallagher TH, Lucas MH. Should we disclose harmful medical errors to patients? If so, how? *Journal of Clinical Outcomes Management*, 2005, 12:253–259.
8. Davis RE et al. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations*, 2007, 10:259–267.
9. Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:76–80.

10. *Open disclosure health care professionals' handbook: a handbook for health care professionals to assist with the implementation of the open disclosure standard*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Commonwealth of Australia, 2003 (www.health.gov.au/internet/safety/.../hlthcareprofhbk.pdf; accessed 21 February 2011).
11. Vincent CA, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? *Lancet*, 1994, 343:1609–1613.
12. *Open disclosure guidelines*. Sydney, New South Wales, Australia, Department of Health, May 2007 (http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf ; consulté le 21 février 2011).
13. Harvard Hospitals. *When things go wrong, responding to adverse events, a consensus statement of the Harvard Hospitals*. Cambridge, MA, Harvard University, 2006.
14. Élaboré par Robert Buckman, docteur en médecine, professeur agrégé d'oncologie médicale, Université de Toronto, Toronto, Canada. Adapté de : Sandrick K. Codified principles enhance physician/patient communication. *Bulletin of the American College of Surgeons*, 1998, 83:13–17.
15. Davis P et al. The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 2001, 51:838–845.
16. Morrison A. Effectiveness of printed patient educational materials in chronic illness: a systematic review of controlled trials. *Journal of Managed Pharmaceutical Care*, 2001, 1:51–62.
17. Montgomery P et al. Media-based behavioural treatments for behavioural problems in children. *Cochrane Database Systematic Review*, 2006, 1:CD002206.

Diaporamas pour le module 8 : S'impliquer avec les patients et leur entourage.

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

Les diaporamas du Module 8 ont pour objectif d'aider le formateur à en transmettre le contenu. Ils peuvent être adaptés à la culture et au contexte locaux. Les enseignants peuvent choisir de ne pas utiliser toutes les diapositives. Il est d'ailleurs préférable d'adapter ces dernières aux domaines couverts lors de la session de formation.

Introduction aux Modules 9 à 11

Mettre les connaissances en pratique : lutte contre les infections, procédures invasives et sécurité de la prise en charge médicamenteuse

Le moment le plus propice pour enseigner les trois prochains modules est à l'occasion d'un stage des étudiants dans leur environnement de pratique, à savoir à l'hôpital, dans un centre de soins ou en milieu communautaire.

Une grande partie du contenu de ce Guide pédagogique sera nouveau pour les étudiants. Mais s'ils n'appliquent pas ces nouvelles connaissances dans leur milieu d'exercice, la qualité des soins que fournissent les étudiants et les professionnels de santé et que reçoivent les patients n'évoluera guère. Les étudiants doivent mettre en pratique les techniques et comportements décrits dans ce Guide pédagogique. Les trois prochains modules sur la lutte contre les infections, les procédures invasives et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse ont été élaborés sous l'angle de la sécurité des patients en s'appuyant sur les dernières recommandations fondées sur les preuves. Ils sont destinés à optimiser la capacité des étudiants à appliquer les concepts et principes de sécurité dans leur travail au sein de la communauté, à l'hôpital, en centre de soins ou dans un autre milieu de soins. Avant d'enseigner l'un ou l'autre de ces modules, il serait utile que les étudiants aient eu un aperçu des concepts présentés dans les modules précédents, notamment ceux portant sur le travail en équipe, l'approche systémique et les erreurs.

Le module 4 : *Etre un membre efficace en équipe* doit impérativement avoir été étudié avant de poursuivre. Pour répondre de manière appropriée aux problématiques soulevées dans chacun de ces modules, il est essentiel que tous les membres de l'équipe (y compris les étudiants) mesurent bien l'importance et la pertinence d'une communication précise et complète, à l'écrit comme à l'oral, avec autrui et notamment avec les patients et leurs proches. Les étudiants devraient se familiariser avec les techniques telles que la vérification, les check-lists, les briefings, les débriefings, la remontée d'informations et les transmissions et les transferts opportuns lorsqu'ils sont en contact avec les patients et leurs familles. Il est plus probable qu'ils mettent ces techniques en pratique s'ils prennent conscience de leur pertinence.

Les trois prochains modules reposent fortement sur l'application des recommandations appropriées et autorisées. A mesure que les étudiants apprendront à comprendre le rôle des recommandations et pourquoi elles sont importantes en santé, ils percevront combien les résultats positifs des patients dépendent du fait que tous les membres de l'équipe soignante suivent bien les mêmes plans de traitement. Les recommandations visent à faciliter la prise en charge des patients en s'appuyant sur les meilleures preuves disponibles. La pratique fondée sur les preuves utilise ces dernières afin d'atténuer les différences dans la pratique et de diminuer les risques pour les patients. Il existe de nombreuses preuves montrant que la bonne utilisation des recommandations cliniques peut réduire les événements indésirables [1, 2].

Références

1. *Clinical evidence* [site Internet]. London, British Medical Journal Publishing Group Ltd, 2008 (http://www.clinicalevidence.bmj.com ; consulté le 26 novembre 2008).
2. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC, National Academies Press, 2001.

Module 9
Contrôle et prévention des infections

Ce module prend en compte le travail du premier défi mondial pour la sécurité des patients de l'OMS : « Un soin propre est un soin plus sûr », Genève, Suisse.

Hépatite C : réutilisation des aiguilles

Ce cas montre combien il est facile de réutiliser une seringue par inadvertance.

Une endoscopie a été programmée pour Sam, un homme de 42 ans, dans un établissement de soins local. Avant l'intervention, on lui a injecté des sédatifs. Mais, après quelques minutes, l'infirmière a remarqué que Sam semblait gêné et nécessitait une sédation supplémentaire. Elle a utilisé la même seringue, l'a plongée dans le flacon de sédatif ouvert et a pratiqué la nouvelle injection. L'intervention s'est poursuivie comme d'habitude. Quelques mois plus tard, une hépatite C a été diagnostiquée chez Sam qui présentait une hépatomégalie, des maux d'estomac, une fatigue et un ictère.

Les Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) ont été contactés car un lien a été établi entre 84 autres cas d'hépatites et ce même établissement de soins. On pense que le flacon de sédatif a pu être contaminé par le reflux dans la seringue et que le virus aurait pu être transmis par le flacon contaminé. Plusieurs professionnels de santé ont indiqué que réutiliser la seringue chez le même patient (et donc introduire une seringue usagée dans un flacon commun à plusieurs patients) était une pratique hélas constatée.

Source : Sonner S. *CDC: syringe reuse linked to hepatitis C outbreak.* Reno, NV, The Associated Press, 16 mai 2008.

Introduction–La lutte contre les infections est importante pour la sécurité des patients

Les maladies infectieuses suivent par nature une certaine dynamique caractérisée par une succession de résurgences. Aujourd'hui, au vu de la sévérité des maladies comme le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et les hépatites B, C et D, la cible de la lutte contre les infections a changé. Dans le passé, elle visait principalement à protéger les patients, surtout pendant les interventions chirurgicales, mais maintenant il est tout aussi important de protéger les professionnels de santé que les autres membres de la communauté. La propagation des infections en milieux de soins touche plusieurs centaines de millions de personnes à travers le monde. Ces infections accroissent la souffrance des patients et peuvent prolonger la durée d'hospitalisation. Beaucoup de patients infectés présentent des incapacités permanentes et un nombre significatif d'entre eux meurent. De plus en plus d'infections sont provoquées par des microbes résistants aux traitements conventionnels. Les infections associées aux soins (IAS) augmentent également les coûts supportés par les patients et les hôpitaux. Les hospitalisations prolongées et le recours nécessaire à des niveaux de soins plus élevés font peser des tensions supplémentaires sur les systèmes de santé. Cette tendance alarmante a conduit les professionnels de santé, les responsables, les institutions et les gouvernements à prêter plus d'attention à la prévention des infections *.

En France (cf definition IAS mai 2007, CTINILS), une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. Lorsque que l'état infectieux au début de la prise en charge n'est pas connu précisément, un délai d'au moins 48 heures ou un délai supérieur à la période d'incubation est couramment accepté pour définir une IAS. Toutefois, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre la prise en charge et l'infection. Pour les infections du site opératoire, on considère habituellement comme associées aux soins les

** L'OMS [1] définit une infection associée aux soins (aussi appelée infection nosocomiale ou hospitalière) comme une infection acquise à l'hôpital par un patient admis pour une raison autre que cette infection et/ou une infection [2] survenant chez un patient à l'hôpital ou en milieux de soins et chez qui cette infection n'était ni présente ni en incubation au moment de l'admission. Cette définition inclut les infections contractées à l'hôpital mais qui ne se déclarent qu'après la sortie, et également les infections acquises par les professionnels de santé dans le cadre de leurs activités professionnelles.*

infections survenant dans les 30 jours suivant l'intervention ou, s'il y a mise en place d'un implant, d'une prothèse ou d'un matériel prothétique dans l'année qui suit l'intervention. Toutefois, et quel que soit le délai de survenue, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre l'intervention et l'infection, notamment en prenant en compte le type de germe en cause.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_vcourte.pdf

Quelques statistiques de l'OMS sur l'incidence des infections associées aux soins dans le monde sont présentées dans l'encadré ci-dessous. Il relève de la responsabilité de chacun, professionnels de santé, patients et autres membres de la communauté, de réduire les risques de contamination des mains et du matériel. De plus, les étudiants en médecine et les autres étudiants en santé doivent connaître les méthodes et techniques de stérilisation des instruments pour que ces derniers puissent être utilisés en toute sécurité chez les patients. La prévention des infections doit toujours être la priorité pour tous les professionnels de santé et constitue par conséquent un élément essentiel des programmes pour la sécurité des patients. Ce module décrit les principaux secteurs où surviennent les infections croisées et les activités et comportements permettant de réduire l'incidence des infections associées aux soins s'ils étaient adoptés par tout le monde.

Encadré B.9.1.
Infections associées aux soins : ampleur et coût

- Dans les pays développés, les infections associées aux soins concernent 5 à 15 % des patients hospitalisés et peuvent toucher 9 à 37 % des patients admis en unités de soins intensifs [3].
- D'après les estimations, environ 5 millions d'infections associées aux soins surviendraient chaque année dans les établissements MCO en Europe, conduisant à 25 millions de journées d'hospitalisation supplémentaires [3].
- En Angleterre, plus de 100 000 cas d'infections associées aux soins induisent plus de 5 000 décès directement imputables à ces infections chaque année [3].
- Aux États-Unis, le taux d'incidence des infections associées aux soins était estimé à 4,5 % en 2002 et environ 100 000 décès ont été imputés à ces infections [3].
- On ne dispose pas de données générales similaires pour les pays en développement. Le risque d'infection associée aux soins y est plus élevé. Des données combinées issues d'un nombre limité d'études dans les hôpitaux ont montré que la prévalence des infections associées aux soins s'élève à 15,5 % et monte à 47,9 pour 1 000 patients-jours dans les unités de soins intensifs pour adultes [4].
- Le risque d'infection du site opératoire est significativement plus élevé dans les pays en développement que dans les pays développés. L'incidence combinée cumulée de l'infection du site opératoire, l'infection la plus fréquente à l'hôpital, était de 5,6 pour 100 interventions chirurgicales [4].
- En Europe, les données montrent que les infections associées aux soins représentent une charge économique comprise entre 13 et–24 milliards d'euros par an [3].
- Aux États-Unis, le coût économique annuel des infections associées aux soins était estimé à 6,5 milliards USD en 2004 [3].

Mots-clés
Prévention des infections, lutte contre les infections, hygiène des mains, infection croisée, infection associée aux soins (IAS), résistance antimicrobienne, micro-organismes multirésistants, infection à SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline), technique d'asepsie, précautions standard.

Objectif d'apprentissage 2

Démontrer les conséquences désastreuses de la mauvaise prévention et lutte contre les infections en milieux de soins pour montrer aux étudiants comment ils peuvent, en tant que membres de l'équipe soignante, contribuer à limiter les risques de contamination et d'infection afin d'améliorer la sécurité des patients.

Acquis de l'apprentissage : connaissances théoriques et pratiques

La prévention et la lutte contre les infections consistent à mettre en application la microbiologie dans la pratique clinique. Leur réussite repose sur une bonne connaissance théorique de la microbiologie qui sous-tend les pratiques cliniques sûres et la prescription prudente d'antimicrobiens.

Connaissances théoriques 3

Les étudiants ont besoin de connaître :

- l'ampleur du problème ;
- les principaux types et causes d'infections associées aux soins ;
- les modes de transmission des infections en milieux de soins ;
- les grands principes et méthodes de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins.

Connaissances pratiques 4 5

Les étudiants doivent :

- appliquer les précautions standard ;
- suivre quand il le faut toute autre mesure de prévention et contrôle des infections ;
- appliquer les principes de l'asepsie ;
- être vaccinés contre l'hépatite B ;
- utiliser puis éliminer correctement les vêtements et équipements de protection ;
- savoir quoi faire s'ils sont exposés à du sang ou à d'autres liquides biologiques ;
- utiliser puis éliminer correctement tout objet coupant ou tranchant ;
- se comporter de façon exemplaire pour les autres professionnels de santé ;
- éduquer les membres de la collectivité en leur expliquant comment ils peuvent contribuer à prévenir les infections ;
- encourager tout un chacun à suivre les précautions standard visant à prévenir et lutter contre les infections associées aux soins ;
- comprendre la charge émotionnelle, économique et sociale potentielle des infections associées aux soins sur les patients, et agir en conséquence ;
- être capables de parler des infections associées aux soins aux patients et à leurs proches en faisant preuve de tact et de clarté.

Ampleur du problème

L'urgence

Comme indiqué précédemment, les infections associées aux soins constituent une menace majeure contre la sécurité des patients dans le monde, dont l'impact se fait sentir sur les familles, les sociétés et les systèmes de santé. Les taux de ces infections associées aux soins restent élevés malgré une sensibilisation accrue et l'augmentation des mesures visant à les réduire. Ces infections sont le plus souvent causées par différents types de bactéries, dont celle de la tuberculose, des champignons et des virus (VIH, hépatite B, par exemple). La hausse des taux d'infections associées aux soins observée dans les pays développés et en développement au cours des 20 dernières années pose de nouvelles difficultés pour la médecine moderne. Aujourd'hui, les antibiotiques sont souvent inefficaces et plus de 70 % des infections bactériennes associées aux soins sont résistantes à au moins l'un des médicaments habituellement utilisés pour les traiter. Plusieurs organismes, résistants aux agents antimicrobiens rencontrés en milieux de soins, comme le Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM) et l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), sont extrêmement difficiles à traiter. Cela implique que nombre de patients infectés restent hospitalisés plus longtemps et sont traités avec des médicaments moins efficaces, de surcroît plus toxiques et/ou plus coûteux. Certains de ces patients ne guérissent pas et d'autres développent des complications à long terme en raison d'un mauvais choix de traitement ou de la mise en route tardive du bon traitement. Si l'on ne mesure pas précisément la charge totale que fait peser l'ensemble de ces aspects du problème, il ne fait aucun doute qu'elle est très élevée.

La tuberculose multirésistante (TB-MR) constitue un problème majeur car les médicaments habituellement utilisés pour traiter cette maladie ne sont plus efficaces. Les infections associées aux soins posent problème dans les milieux de soins primaires et communautaires.

Des solutions pratiques existent. Différentes pratiques devraient être utilisées pour éviter la contamination, éliminer les micro-organismes du matériel et de l'environnement, et éviter la contamination croisée. L'utilisation simultanée de plusieurs de ces méthodes est nécessaire pour une prévention et une lutte efficaces contre les infections associées aux soins. Cependant, celles-ci posent aujourd'hui un véritable défi en raison de la complexité croissante des interventions de soins.

Les professionnels de santé doivent se montrer vigilants et appliquer une série de méthodes de prévention visant à lutter contre divers agents pathogènes dans tous les environnements de soins, pas uniquement à l'hôpital. Lorsqu'ils travaillent dans les services, visitent un centre de soins ou effectuent des visites à domicile, les étudiants ont autant de risques que n'importe quel autre professionnel de santé de transmettre une infection. Les organismes résistants aux agents antimicrobiens ne font pas de distinction. Si on les trouve principalement dans les unités de soins aigus, ces microbes peuvent aussi émerger ou être transmis dans tout autre lieu de traitement de patients.

Le lien entre l'hygiène des mains et la propagation des maladies a été établi il y a plus de 200 ans. Plusieurs sources de données montrent que l'hygiène des mains est une méthode simple et efficace pouvant contribuer à réduire les infections associées aux soins.

Charge économique

Les coûts liés à la prise en charge et au traitement des patients atteints d'infections associées aux soins sont significatifs ; ils pèsent considérablement sur les budgets des soins de santé de tous les pays et alourdissent la charge économique supportée par les patients et leurs familles. Aux États-Unis, l'impact économique annuel des infections associées aux soins s'élevait à environ 6,5 milliards USD en 2004 [5]. Les coûts associés aux bactériémies liées aux cathéters, les infections du site opératoire et la pneumopathie acquise sous ventilation mécanique ont été habituellement estimés à plus de 5 500 USD par épisode. Les bactériémies à SARM liées aux cathéters peuvent coûter jusqu'à 38 000 USD par épisode [6]. Les études montrent également que chaque livre sterling dépensée pour l'achat de gels ou solutions hydro-alcooliques permettrait d'économiser entre 9 et 20 livres sterling en téicoplanine [7]. Ces coûts peuvent représenter une part significative de la totalité du budget santé de ces pays et, une fois encore, être plus élevés dans les pays en développement [4].

La réponse mondiale

Consciente de cette crise mondiale, l'OMS a lancé la campagne *SAUVEZ DES VIES : Lavez-vous les mains* pour répondre à la problématique des taux élevés d'infections associées aux soins dans le monde. Le premier objectif de cette campagne est d'améliorer l'hygiène des mains dans tous les milieux de soins à travers le monde grâce à la mise en œuvre des mesures présentées dans les *Recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins* [1]. Plusieurs autres supports proposant des orientations pratiques ont aussi été élaborés par l'OMS afin de faciliter la mise en œuvre des différentes recommandations.

Aux États-Unis, les CDC mènent une campagne de prévention de la résistance aux agents antimicrobiens. L'objectif de cette campagne est de prévenir le développement de la résistance aux agents antimicrobiens dans les milieux de soins en utilisant une série de stratégies visant à prévenir les infections, les diagnostiquer et les traiter, à utiliser les agents antimicrobiens à bon escient et à prévenir la transmission des infections. Cette campagne cible les cliniciens qui prennent en charge des groupes de patients spécifiques, tels que les adultes hospitalisés, les

patients dialysés, les patients chirurgicaux, les enfants hospitalisés et les patients en soins de longue durée [8].

La campagne de l'Institute of Healthcare Improvement (IHI) intitulée *5 millions de vies** [9] visait à réduire les infections à Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM) grâce à la mise en œuvre de cinq stratégies d'intervention clés :

1. l'hygiène des mains ;
2. la décontamination de l'environnement et du matériel utilisé lors des soins ;
3. la surveillance active des cultures ;
4. les précautions complémentaires de contact avec les patients infectés et colonisés ;
5. le respect des consignes d'utilisation des «bundles» (ensemble de pratiques coordonnées) pour la prévention des infections liées aux cathéters veineux centraux et à la ventilation mécanique.

En juin 2011, 124 pays avaient signé une déclaration auprès de l'OMS, s'engageant à lutter contre les infections associées aux soins [10] et 43 campagnes nationales et infranationales en faveur de l'hygiène des mains avaient été lancées dans différents pays afin d'intégrer les mesures de prévention des infections associées aux soins dans leurs campagnes nationales et hospitalières [11].

Précautions

Un ensemble de *précautions universelles* ou de précautions universelles relatives aux produits sanguins et aux liquides biologiques a été publié par les Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) afin de protéger les professionnels de santé contre l'exposition professionnelle au VIH. Cette série de précautions visait à prévenir la transmission du VIH, du virus de l'hépatite B (HBV) et d'autres agents pathogènes transmissibles par le sang lors de l'administration des premiers secours ou de soins de santé. Conformément aux mesures de précaution universelles, le sang et certains liquides biologiques de tous les patients sont considérés comme potentiellement infectieux pour le VIH, le VHB et d'autres maladies transmissibles par le sang [12]. Ces précautions incluent l'utilisation d'équipements de protection individuelle (EPI) tels que des gants, un masque, une sur-blouse et des lunettes de protection adaptées à la prévention du risque, l'hygiène des mains, ainsi que des précautions visant à éviter les blessures par piqûre d'aiguille aussi bien chez les patients que chez les professionnels de santé.

Les recommandations récentes incluent deux niveaux de précautions– : les précautions standard et les précautions liées à la transmission.

Précautions standard

Les précautions standard doivent être appliquées aux soins pour tous les patients dans tous les milieux de soins, indépendamment de la présence suspectée ou confirmée d'un agent infectieux. Elles constituent la première stratégie de prévention des infections. Elles reposent sur le principe que tout produit sanguin ou autre liquide biologique, sécrétion et excreta, hormis la transpiration, peut contenir des agents infectieux transmissibles. Ces précautions incluent : l'hygiène des mains ; l'utilisation de gants, d'une sur-blouse, d'un masque, de lunettes de protection ou d'un écran facial, selon le niveau d'exposition anticipé et des pratiques d'injection sûres. De plus, le matériel ou les éléments dans l'environnement du patient susceptibles d'avoir été contaminés par des liquides biologiques infectieux doivent être manipulés de façon appropriée afin de prévenir la transmission d'agents infectieux. Les mesures d'hygiène respiratoire/en cas de toux (décrites plus loin dans ce module) pourraient également faire partie de la série de précautions standard.

Précautions liées à la transmission

Les précautions liées à la transmission devraient être prises en cas de diagnostic ou de suspicion d'une infection ou d'une colonisation par des agents infectieux chez le patient traité. Dans ces cas, des mesures supplémentaires de lutte contre les infections sont nécessaires pour prévenir efficacement la transmission. L'agent infectieux étant souvent méconnu lors de l'admission dans un établissement de soins, il convient d'appliquer ces précautions en fonction du syndrome clinique et des agents étiologiques possibles, puis de les modifier une fois que les résultats des tests deviennent disponibles. Il existe trois types de précautions selon les modes de transmission : les précautions relatives au contact ; les précautions relatives à la transmission par gouttelettes ; et les précautions relatives à la transmission par particules en suspension dans l'air. Ces différentes précautions sont présentées en détail plus loin dans ce module.

Infections associées aux soins –causes d'infection et voies de transmission

Les infections associées aux soins sont provoquées par des bactéries, des virus et des champignons. Ces derniers peuvent provenir de sources environnementales ou humaines. Les sources humaines d'agents infectieux incluent les patients, les professionnels de santé et les visiteurs. Les personnes présentant des infections actives, des infections asymptomatiques, qui sont en période d'incubation d'une infection, ou sont colonisées par certains types de micro-organismes peuvent toutes êtres des sources d'infections associées aux soins. La flore endogène des patients peut aussi être à l'origine d'infections associées aux soins. Les sources environnementales incluent des aliments, de l'eau ou des médicaments contaminés (les solutions IV par exemple). En règle générale, ces dernières n'infectent pas seulement quelques individus, mais provoquent des épidémies.

Pour qu'une infection survienne, les micro-organismes infectieux doivent être transférés d'une source vers un site d'entrée sur un hôte sensible, où elles pourront se

*Institute for Healthcare Improvement, 2006; 5 Million Lives Campaign.

multiplier et le coloniser ou provoquer une maladie.

Les micro-organismes peuvent être transmis de nombreuses manières différentes dans les milieux de soins. En voici quelques exemples :

Transmission par contact direct
Une transmission de personne à personne peut survenir lorsque des microbes présents dans le sang ou d'autres liquides biologiques d'un patient pénètrent dans le corps d'un professionnel de santé (ou vice versa) par contact avec une muqueuse ou une lésion cutanée (coupures, peau lésée).

Transmission indirecte
Les infections peuvent être transmises par voie indirecte par le biais de dispositifs tels que les thermomètres ou de matériel, de dispositifs médicaux ou jouets n'ayant pas fait l'objet d'une décontamination adéquate que les professionnels de santé passent d'un patient à un autre. Cela constitue probablement le mode de transmission le plus fréquent en milieux de soins.

Transmission par gouttelettes
Des gouttelettes respiratoires porteuses d'agents pathogènes infectieux sont générées lorsqu'une personne infectée tousse, éternue ou parle, ainsi que lors de procédures telles que l'aspiration ou l'intubation endotrachéale. Ces gouttelettes émises à partir des voies respiratoires de la personne infectée se propagent directement vers les muqueuses sensibles du patient cible, sur de courtes distances. Les masques chirurgicaux antiprojections peuvent prévenir la transmission par gouttelettes.

Transmission aéroportée
La transmission aéroportée des maladies infectieuses survient par la dissémination de *droplet nuclei* en suspension dans l'air (des particules provenant de la dessiccation de gouttelettes en suspension) ou de petites particules de taille respirable contenant les agents infectieux qui restent infectieuses dans le temps et sur la distance (spores d'*Aspergillus* spp. et de *Mycobacterium tuberculosis*, par exemple). Ces dernières peuvent être dispersées sur de longues distances par les courants d'air et peuvent être inhalées par des personnes qui n'ont pas été en contact direct avec la source.

Exposition percutanée
L'exposition percutanée survient en cas d'utilisation d'objets piquants ou tranchants contaminés.

Populations de patients particulièrement sensibles aux infections associées aux soins
Sont particulièrement vulnérables à la colonisation et à l'infection les patients présentant une maladie sous-jacente sévère, ayant subi une intervention chirurgicale récemment ou porteurs de dispositifs à demeure, tels qu'une sonde à demeure ou un sonde endotrachéale.

Les quatre types d'infection suivants représentent environ 80 % de la totalité des infections associées aux soins : les infections urinaires, généralement associées aux sondes ; les infections du site opératoire ; les bactériémies associées à l'utilisation d'un dispositif intravasculaire ; et la pneumopathie acquise sous ventilation mécanique. Les infections urinaires associées aux sondes sont les plus fréquentes, et constituent environ 36 % des infections associées aux soins [13]. Les infections du site opératoire arrivent en deuxième position, et représentent environ 20 % des infections associées aux soins. Les bactériémies associées à l'utilisation d'un dispositif intravasculaire et la pneumopathie acquise sous ventilation mécanique comptent chacune respectivement pour 11 % des infections associées aux soins.

Les données montrent que le respect par les professionnels de santé des recommandations en matière de prévention et de lutte contre les infections et une durée d'hospitalisation des patients réduite au minimum peuvent faire baisser les taux d'infections. Bon nombre de patients atteints d'infections associées aux soins (environ 25 %) sont admis en unités de soins intensifs et plus de 70 % des infections chez ces patients sont dues à des micro-organismes résistants à un ou plusieurs antibiotiques. [13].

Prévenir les infections associées aux soins : cinq axes de formation prioritaires pour les étudiants
Au cours de leur formation, les étudiants travailleront dans de nombreux environnements présentant un risque de transmission d'infection. Ils devraient partir du principe que chaque situation est susceptible de conduire à une infection du patient ou des professionnels de santé, eux y compris. Cela signifie qu'ils devront appliquer systématiquement les mesures de prévention des infections, à savoir notamment : suivre les bonnes pratiques d'hygiène des mains, utiliser les équipements de protection individuelle (EPI) de manière appropriée (gants et sur-blouses, par exemple), vérifier que les procédures de stérilisation recommandées pour les instruments et les dispositifs ont bien été effectuées, et respecter les politiques et recommandations visant à prévenir les infections dans des situations spécifiques, en utilisant la technique d'asepsie requise et les pratiques sûres de gestion des déchets, notamment en ce qui concerne l'élimination des objets piquants et tranchants.

Les domaines prioritaires dans lesquels tous les professionnels de santé, y compris les étudiants, doivent agir sont décrits ci-dessous.

Propreté de l'environnement
La propreté de l'environnement à l'hôpital est essentielle pour limiter les infections. Les établissements de soins doivent être visiblement propres. Des mesures d'entretien de l'environnement supplémentaires sont essentielles en cas d'épidémies lorsque des sources environnementales peuvent être en cause. Le choix de l'agent détergeant et désinfectant dépendra de nombreux facteurs et chaque établissement devrait posséder ses propres

politiques et procédures en la matière. Les étudiants devraient se familiariser avec les procédures de nettoyage des projections et des contaminations par des vomissements, des urines, etc. Ils devraient demander des conseils et des informations sur les différents agents désinfectants et leur utilisation aux pharmaciens ou à d'autres professionnels qualifiés.

Stérilisation/désinfection du matériel, des dispositifs et des instruments

Le matériel, les dispositifs médicaux et les instruments doivent être stérilisés/désinfectés correctement, en respectant scrupuleusement les recommandations. Les étudiants doivent connaître les principes de base de ces procédures et savoir vérifier si ces recommandations ont été suivies pour les objets qu'ils utilisent pour les soins des patients.

Dispositifs médicaux « à usage unique »

Les dispositifs « à usage unique » sont conçus par les fabricants pour ne pas être réutilisés. Ainsi, une seringue à usage unique ne devrait jamais être réutilisée car le risque d'infection est très élevé. Les données recueillies sur le terrain dans les pays en développement ont mis en évidence que la réutilisation des seringues/aiguilles pour les injections constitue une source majeure d'infection à VIH et d'hépatite [14].

L'injection étant la procédure de soins la plus fréquente au monde, les étudiants doivent savoir que le respect de l'usage unique des dispositifs d'injection est essentiel pour la sécurité des soins aux patients. Les dispositifs d'injection stériles à usage unique incluent les seringues hypodermiques stériles, les aiguilles hypodermiques stériles, les seringues autobloquantes destinées à la vaccination, les seringues à usage général avec dispositif empêchant la réutilisation, et les seringues à usage général avec dispositif de prévention des piqûres d'aiguille (seringues de sécurité, par exemple). Les étudiants devraient se familiariser avec les réglementations et recommandations relatives aux dispositifs d'injection à usage unique publiées par l'OMS [14,15].

Hygiène des mains

Toute personne qui travaille dans le domaine de la santé, que ce soit à l'hôpital, dans un centre de soins ou au domicile du patient, doit connaître les règles d'hygiène des mains. L'hygiène des mains est l'action la plus déterminante que chaque professionnel de santé peut mettre en pratique en matière de prévention des infections associées aux soins. Les professionnels de santé devraient sensibiliser les patients et leurs familles à l'importance de l'hygiène des mains et les inviter à en rappeler les règles au personnel soignant. Parallèlement, le personnel soignant et les étudiants ne devraient pas se sentir offensés si un patient ou un membre de sa famille leur rappelle ces règles d'hygiène ou leur demande de les appliquer.

Ce que les étudiants doivent savoir sur l'hygiène des mains

Les étudiants doivent connaître :

- les raisons de pratiquer l'hygiène des mains ;
- les indications de l'hygiène des mains conformément aux recommandations de l'OMS ;
- les méthodes d'hygiène des mains dans différentes situations ;
- les techniques d'hygiène des mains ;
- les méthodes permettant de protéger les mains des effets indésirables ;
- les méthodes pour promouvoir l'observance des recommandations et mesures pour l'hygiène des mains.

Les institutions devraient mettre à disposition des gels et solutions hydro-alcooliques au chevet des patients. La friction des mains avec des gels ou solutions hydro-alcooliques permet de tuer rapidement les agents pathogènes et les effets indésirables pour le personnel soignant sont rares. Néanmoins, lorsque les mains sont visiblement souillées, la friction hydro-alcoolique ne remplace pas un lavage au savon et à l'eau. Pour cette raison, les infrastructures nécessaires au lavage des mains doivent donc aussi être facilement accessibles.

Pourquoi pratiquer l'hygiène des mains ?

De nombreuses études ont confirmé que les agents pathogènes impliqués dans les infections associées aux soins peuvent être isolés sur la peau intacte normale des mains. Il peut s'agir de microbes présents sur la peau qui font partie de la flore résidente et vivent à long terme sous les cellules superficielles de l'épiderme. Mais plus fréquemment, ils font partie de la flore transitoire sur la surface de la peau, et incluent les bactéries, virus et champignons acquis par contact direct avec la peau ou contact avec des surfaces contaminées dans l'environnement. Ces micro-organismes peuvent être transmis facilement des mains du professionnel de santé aux patients ou à leur environnement. Mais ils peuvent aussi être éliminés de la peau en pratiquant l'hygiène des mains de manière appropriée. Des données mettent en évidence que l'hygiène des mains peut briser la chaîne de transmission des agents pathogènes en milieux de soins et réduire l'incidence des infections associées aux soins ainsi que les taux de colonisation.

Quand pratiquer l'hygiène des mains ?

L'hygiène des mains vise à prévenir la colonisation et l'infection des patients et des professionnels de santé, ainsi que la contamination de l'environnement. Elle est donc indiquée chaque fois qu'il y a un risque de transfert de micro-organismes de la peau ou d'une surface inanimée vers une autre surface.

Pour identifier aisément les temps où la pratique de l'hygiène des mains s'impose, l'OMS a élaboré le modèle intitulé *Les 5 indications de l'hygiène des mains* [16]. Il s'agit des temps suivants :

1. avant de toucher un patient ;
2. avant un soin propre ou un geste aseptique ;

3. après un risque d'exposition à un liquide biologique ;
4. après avoir touché un patient ;
5. après avoir touché l'environnement d'un patient.

Friction ou lavage des mains ?
La friction des mains avec un gel ou une solution hydro-alcoolique est la méthode à privilégier dans la plupart des situations cliniques courantes. L'alcool agit plus rapidement que le savon pour inactiver les micro-organismes, ses effets durent plus longtemps, et la procédure de friction est plus rapide. En cas d'usage répété, requis en milieux de soins, les effets indésirables, comme la sécheresse cutanée et la desquamation, sont moins sévères avec l'utilisation de bonnes formulations de gels ou solutions hydro-alcooliques, qu'en cas de lavage des mains à répétition au savon et à l'eau. La friction des mains présente aussi l'avantage supplémentaire de pouvoir être réalisée facilement sur le lieu de soins car elle ne dépend pas de la disponibilité d'eau propre, de savon et d'essuie-mains. Le lavage des mains reste toutefois recommandé dans certaines situations.

Recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins
Les *Recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins* [2] sont les suivantes :
Avant de commencer une tâche clinique courante, retirer tout bijou des mains et des poignets et recouvrir les coupures et abrasions avec des pansements étanches. Garder les ongles courts. Les ongles artificiels sont proscrits.

Se laver les mains au savon et à l'eau lorsqu'elles sont visiblement sales ou souillées par du sang ou d'autres liquides biologiques et après être allé aux toilettes. En cas d'exposition suspectée ou avérée à des agents pathogènes sporulés, notamment en situation épidémique à *Clostridium difficile*, le lavage des mains au savon et à l'eau reste la méthode à privilégier.

La friction des mains avec un gel ou une solution hydro-alcoolique est la méthode de choix pour l'antisepsie des mains courante pour autant que ces dernières ne soient pas visiblement souillées. Lorsqu'aucun gel ou solution hydro-alcoolique n'est disponible, se laver les mains au savon et à l'eau.

Promouvoir les meilleures pratiques est l'affaire de tous. Les étudiants sont invités à se reporter aux Recommandations pour l'hygiène des mains de la SF2H en France, et notamment aux recommandations de consensus, et à intégrer ces recommandations– dans leur pratique quotidienne et encourager les autres à faire de même.

Techniques d'hygiène des mains
Pour garantir l'efficacité de l'hygiène des mains, il est important de suivre les techniques recommandées , notamment concernant le volume de produit à utiliser, les surfaces des mains à nettoyer et la durée du lavage et de la friction des mains. Les savons et les gels ou solutions hydro-alcooliques ne doivent pas être utilisés simultanément.

Friction des mains
Remplir la paume d'une main avec le gel ou la solution hydro-alcoolique, recouvrir toutes les surfaces des mains. Frictionner jusqu'à ce que les mains soient sèches. Cette technique est illustrée dans le dépliant *Hygiène des mains : pourquoi, comment et quand* publié par l'OMS, également disponible en ligne [17].

Lavage des mains
Mouiller les mains abondamment et appliquer suffisamment de savon pour recouvrir toutes les surfaces des mains. Rincer les mains à l'eau et les sécher soigneusement à l'aide d'un essuie-mains à usage unique. Éviter d'utiliser de l'eau chaude, car l'exposition répétée à cette dernière peut augmenter le risque de dermatite. Fermer le robinet à l'aide de l'essuie-main. Cette technique est illustrée dans le dépliant *Hygiène des mains : pourquoi, comment et quand* publié par l'OMS, également disponible en ligne [17].

Lorsqu'elles sont mouillées, les mains peuvent facilement être contaminées par des micro-organismes et les propager. Il est donc essentiel de bien les sécher. S'assurer que les essuie-mains ne sont pas utilisés plusieurs fois ni par plusieurs personnes. Il convient de veiller à ne pas recontaminer les mains lors du séchage et de la fermeture du robinet. Plusieurs formes de savon sont acceptables : liquide, en pain ou en poudre. Lors de l'usage de savon en pains, utiliser des pains de petite taille et des porte-savons permettant le drainage de l'eau afin que la savonnette puisse sécher.

Comment protéger la peau
Les crevasses et la rugosité causées par la sécheresse des mains sont la porte d'entrée potentielle pour les bactéries dans le corps. Il est possible de réduire les irritations et la sécheresse liées à l'hygiène des mains en choisissant un produit contenant des substances hydratantes et dont la bonne tolérance a été établie chez les professionnels de santé. La nécessité et l'utilisation de produits hydratants pour la dermatite des mains peuvent varier en fonction des milieux de soins, des pays, et des conditions climatiques. Certaines pratiques, comme l'enfilage de gants lorsque les mains sont mouillées ou l'utilisation de gels ou solutions hydro-alcooliques sur des mains mouillées, peuvent augmenter le risque d'irritation [18].

Utilisation d'équipements de protection individuelle

Les équipements de protection individuelle (EPI) incluent les sur-blouses, les gants, les tabliers, les lunettes de protection, les surchaussures et les masques chirurgicaux antiprojections. L'utilisation des EPI repose généralement sur une évaluation du risque de transmission d'un micro-organisme d'un patient à un membre du personnel soignant et vice versa. Les

étudiants devraient veiller à leur hygiène personnelle et porter des tenues professionnelles propres.

Gants

Les gants font désormais partie de la pratique clinique quotidienne et constituent un élément important de la série des précautions standard. Parmi les différents types de gants figurent les gants chirurgicaux, les gants de soins à usage unique, les gants tout usage et les gants de ménage résistants.

Il est essentiel de faire usage approprié des gants car une mauvaise utilisation sape tout effort visant à pratiquer correctement l'hygiène des mains. Les patients sont exposés à un risque d'infection si les gants ne sont pas changés entre deux tâches ou deux patients. (Les recommandations de l'OMS sur l'usage des gants sont présentées dans le Tableau B.9.1.)

L'usage des gants en milieu clinique est recommandé pour deux raisons principales : pour protéger les mains de la contamination par des micro-organismes et des substances organiques et pour réduire le risque de transmission de micro-organismes infectieux aux patients, au personnel et aux autres.

Le port de gants ne dispense pas de l'hygiène des mains. Les gants peuvent présenter des défauts et sont parfois perméables. Les études montrent que les mains peuvent être contaminées même en cas de port de gants. Si un gant se déchire, s'il est endommagé de quelque manière que ce soit ou s'il fuit, l'étudiant doit retirer ses gants, répéter l'hygiène des mains puis remettre une nouvelle paire de gants. Les gants doivent être jetés de manière appropriée (dans la bonne filière de déchets) après chaque tâche suivie ensuite d'un hygiène des mains. Les gants, conçus pour un usage unique, peuvent, à l'instar des mains, porter des micro-organismes à leur surface.

Il revient aux professionnels de santé d'évaluer la nécessité du port des gants dans une situation donnée. Les gants doivent être utilisés pour les procédures invasives, en cas de contact nécessitant des conditions stériles, et de contact avec une peau lésée ou des muqueuses, ainsi qu'en cas de procédures de soins impliquant un risque d'exposition au sang, à des liquides biologiques, des sécrétions et excreta (hormis la transpiration) et/ou la manipulation d'instruments piquants, tranchants ou contaminés. Les gants ne devraient être portés qu'une seule fois. Il convient de les enfiler juste avant la procédure de soins, de les retirer dès que celle-ci est terminée et d'en changer entre deux patients et deux actes de soins. Les gants doivent être éliminés comme des déchets d'activités de soins et l'hygiène des mains doit être pratiquée après leur retrait.

L'usage des gants peut également être recommandé dans d'autres situations. Par exemple, en cas de contact avec des patients dont on sait qu'ils sont colonisés ou infectés par des agents pathogènes transmissibles par contact physique direct (ERV, SARM, par exemple). Les étudiants devraient savoir que ces recommandations spécifiques aux infections existent et que de nouvelles recommandations peuvent être formulées en cas d'évolution de la situation actuelle.

Différents types de gants sont disponibles. Les gants stériles sont nécessaires pour les procédures invasives et pour toute autre tâche nécessitant des conditions stériles. Des gants de soins peuvent suffire pour la plupart des autres procédures. Il convient de porter des gants tout usage ou de ménage lors de l'utilisation d'instruments piquants ou tranchants et lors du traitement et de la manipulation de certains déchets contaminés.

Tableau B.9.1. Recommandations de l'OMS pour l'usage des gants

Gants stériles indiqués	Toute procédure chirurgicale ; accouchement par voie naturelle ; procédure radiologique invasive ; insertion d'un accès vasculaire (voie centrale) ; préparation de nutrition parentérale complète et d'agents chimiothérapeutiques.
Gants propres indiqués	Risque d'exposition à du sang, des liquides biologiques, des sécrétions, des excrétions et à du matériel visiblement souillé par des liquides biologiques. *Contact direct avec le patient* : contact avec du sang, une muqueuse et une peau lésée ; suspicion de germes hautement transmissibles et pathogènes ; situation épidémique ou d'urgence ; insertion et retrait d'accès vasculaire ; prélèvement sanguin ; ouverture d'une ligne vasculaire ; examen pelvien et vaginal ; aspiration endotrachéale sur système ouvert. *Contact indirect avec le patient* : évacuation d'excrétions ; manipulation et nettoyage d'instruments ; manipulation de déchets ; nettoyage de surfaces et objets souillés par des liquides biologiques.
Gants inopportuns (à l'exception des précautions de contact)	*Contact direct avec le patient* : mesure de la tension artérielle, prise de la température et des pulsations ; injection sous-cutanée et intramusculaire ; toilette et habillage du patient ; transport du patient ; soins des yeux et oreilles (en l'absence d'écoulement) ; manipulation de la ligne d'accès vasculaire en l'absence d'écoulement sanguin. *Contact indirect avec le patient* : utilisation du téléphone ; documentation au dossier du patient ; distribution de médicament oral ; distribution ou collecte de plateau repas ; réfection du lit et changement de la literie ; mise en place d'un équipement de ventilation non invasif et d'oxygénation ; déplacement du mobilier du patient. Aucun risque d'exposition à du sang, des liquides biologiques ou à un environnement contaminé. L'usage des gants doit être conforme aux indications des précautions contact standard et complémentaires. L'hygiène des mains doit être pratiquée en temps opportun, indépendamment de l'indication de l'usage des gants.

Source : *Usage des gants : Fiche d'information*. Organisation mondiale de la Santé, 2009 [20].

Les comportements suivants sont recommandés dans la fiche d'information de l'OMS sur l'usage des gants [19] :

- Le port des gants ne se substitue pas à l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique ou au lavage au savon et à l'eau.
- L'usage des gants est recommandé lorsqu'un contact avec du sang, d'autres liquides biologiques, une peau lésée, une muqueuse ou du matériel potentiellement contaminé peut être anticipé.
- Les gants doivent être retirés après un soin au patient. Une même paire de gants ne doit pas être employée pour soigner plus d'un patient.
- Lors du port de gants, ceux-ci doivent être retirés ou changés dans les situations suivantes : lorsqu'au cours de soins dispensés à un même patient les mains passent d'un site corporel contaminé à un autre site corporel sur le même patient (y compris lors de contact avec une muqueuse, une peau lésée ou un dispositif médical) ou à l'environnement.
- La réutilisation des gants n'est pas recommandée. En cas de réutilisation des gants, il est impératif d'adopter la méthode de décontamination et de recyclage la plus sûre possible.

Sur-blouses et masques chirurgicaux antiprojections

Les sur-blouses et les masques font partie des précautions standard et des précautions liées à la transmission. Ils visent à protéger les parties du corps des professionnels de soins qui, autrement, seraient exposées. Porter une sur-blouse permet d'éviter de contaminer les vêtements avec du sang, des liquides biologiques et d'autres substances potentiellement infectieuses. La nécessité d'une sur-blouse et le type de sur-blouse requis dépendent de la nature de l'interaction avec le patient et du risque de pénétration de sang et de liquides biologiques. Les étudiants devraient suivre les règles existantes en la matière sur leur lieu de travail et les instructions fournies par leurs formateurs à la pratique clinique. Les politiques locales doivent toujours être respectées.

D'après les recommandations, les professionnels de santé et les étudiants devraient :

- porter des tabliers jetables en plastique lorsqu'ils sont en contact étroit avec un patient, du matériel ou des équipements ou en cas de risque de contamination des vêtements ;
- jeter les tabliers en plastique après chaque procédure ou acte de soins. Les vêtements de protection non jetables devraient être envoyés à la blanchisserie.
- porter des sur-blouses longues imperméables en cas de risque de projections importantes de sang, de liquides biologiques, sécrétions ou excreta, hormis la transpiration (par exemple en service de traumatologie, salle d'opération et obstétrique). Dans les situations où la projection de sang et de liquides est probable ou attendue (en salle de travail pendant l'accouchement, par exemple), des surchaussures peuvent également être portées ;
- il convient de porter des masques chirurgicaux et des lunettes de protection en cas de risque de projection de sang, de liquides biologiques, de sécrétions et/ou d'excreta vers le visage et les yeux.

Mesures d'hygiène respiratoire/en cas de toux

Toute personne présentant des signes et symptômes d'infection respiratoire, quelle qu'en soit la cause, devrait suivre ou être incitée à suivre les mesures suivantes en matière d'hygiène respiratoire et de toux :

- se couvrir le nez/la bouche lorsqu'on tousse ou éternue ;
- utiliser un mouchoir à usage unique en papier pour contenir les sécrétions respiratoires ;
- jeter ce mouchoir à usage unique en papier dans la poubelle la plus proche après utilisation ;
- s'il n'y a pas de possibilité d'utiliser un mouchoir à usage unique en papier, tousser ou éternuer dans l'intérieur du coude plutôt que dans la main ;
- pratiquer l'hygiène des mains après tout contact avec des sécrétions respiratoires et des objets/du matériel contaminés.

Utilisation et élimination sans danger des objets piquants ou tranchants

Les étudiants devraient être conscients du problème majeur que constituent les piqûres d'aiguille chez les professionnels de santé. La prévalence des piqûres d'aiguille est équivalente à celle des accidents dus à des chutes ou à l'exposition à des substances dangereuses. De nombreux professionnels de santé continuent à être infectés par des virus transmissibles par le sang, alors que ces infections pourraient en grande partie être évitées en adoptant les pratiques suivantes :

- limiter la manipulation des objets piquants ou tranchants au strict nécessaire ;
- ne pas recapuchonner, tordre ou casser une aiguille après utilisation ;
- jeter chaque aiguille directement dans un conteneur adapté (résistant à la perforation) au point d'utilisation immédiatement après leur utilisation. (*Pour ce faire, veiller à toujours emporter un conteneur de ce type au chevet du patient*) ;
- ne pas surcharger le conteneur destiné aux objets piquants ou tranchants s'il est plein ;
- ne pas laisser de conteneur destiné aux objets piquants et tranchants à la portée des enfants ;
- pour limiter les risques d'exposition des professionnels chargés de l'élimination des déchets, le conteneur destiné aux objets piquants et tranchants dans lequel sont collectées les aiguilles au chevet des patients doit être placé dans un conditionnement sécurisé ;
- toujours déclarer une blessure due à une aiguille conformément aux politiques locales en vigueur.

La personne qui utilise l'objet piquant ou tranchant doit être responsable de son élimination appropriée.

Ces mesures de sécurité sont reprises ci-dessous dans la check-list des précautions standard.

Tuberculose
La tuberculose peut se propager au sein des milieux de soins. Cette maladie se transmet lorsque le bacille de la tuberculose est répandu dans l'air en toussant, éternuant, parlant ou postillonnant. Les personnes qui se trouvent à proximité peuvent alors l'inspirer. Certaines ne développeront pas l'infection car leur système immunitaire peut maintenir l'agent pathogène à l'état dormant. Lorsque le système immunitaire d'une personne est affaibli, la maladie peut devenir active et la personne infectée devient alors contagieuse. Les étudiants doivent appliquer les précautions standard à tout moment. Ces précautions sont décrites plus loin dans ce module. Si la tuberculose est un problème majeur dans votre pays, il conviendrait de présenter des informations supplémentaires sur la prévalence de cette maladie dans votre pays et les stratégies visant à enrayer la propagation de la tuberculose au cours des soins. De nombreux rapports sur la prévalence de la tuberculose, les effets dévastateurs et la souffrance causés par cette maladie sont disponibles sur le site Web de l'OMS.

Utilisation de procédures de stérilisation efficaces
D'après les recommandations des CDC, « en règle générale, le matériel de soins et les dispositifs médicaux réutilisables qui entrent dans des tissus normalement stériles ou le système vasculaire ou à travers lesquels du sang s'écoule, devraient être stérilisés avant chaque utilisation ».

La stérilisation consiste à utiliser une procédure chimique ou physique afin de détruire toute vie microbienne, y compris les endospores bactériens très résistants. Les étudiants en santé devraient savoir utiliser plusieurs techniques et méthodes de stérilisation des dispositifs médicaux pour garantir l'utilisation sans danger de ces derniers chez les patients [21].

Antibioprophylaxie
Les étudiants observeront que les patients des médecins et des chirurgiens-dentistes reçoivent une antibioprophylaxie avant une intervention chirurgicale ou dentaire. S'il est établi que l'administration d'une antibioprophylaxie adaptée permet de prévenir les infections postopératoires en chirurgie ou chirurgie dentaire, une mauvaise utilisation peut toutefois s'avérer dangereuse. On dénombre un certain pourcentage de cas où les antibiotiques sont administrés au mauvais moment, trop souvent ou pas assez souvent ou de manière inappropriée. Une antibioprophylaxie inappropriée ou prolongée expose tous les patients à des risques accrus pour leur santé car elle entraîne le développement d'agents pathogènes résistants aux antibiotiques.

Ce que les étudiants doivent faire

Il incombe aux étudiants de mettre tout en œuvre pour limiter la propagation des infections et encourager les patients et les autres professionnels de santé à appliquer les mesures visant à lutter contre la propagation des infections tant au sein de la communauté que dans les hôpitaux et les centres de soins.

Les étudiants doivent :
- mettre en pratique les précautions standard, y compris l'hygiène des mains ;
- être vaccinés contre l'hépatite B ;
- savoir quoi faire en cas de blessure avec un objet piquant ou tranchant , d'exposition à du sang ou à d'autres liquides biologiques ou d'autre exposition à un agent pathogène potentiel ;
- prendre les mesures de précaution appropriées lorsqu'ils sont eux-mêmes malades afin d'éviter d'infecter les patients et/ou de contaminer l'environnement de travail ;
- servir d'exemples pour la bonne pratique clinique et en matière de sécurité des patients et encourager les autres à prendre les précautions appropriées ;
- maîtriser l'utilisation de plusieurs techniques et méthodes de stérilisation des instruments.

Mettre en pratique les précautions standard, y compris l'hygiène des mains.
Pour mettre en pratique les précautions standard, les étudiants doivent commencer par s'assurer de ne pas être eux-mêmes à risque. Afin de pratiquer l'hygiène des mains lorsqu'elle est nécessaire, il est important qu'ils déclarent ou demandent un traitement pour tout problème de peau, notamment ceux affectant les mains. L'hygiène des mains, qu'il s'agisse du lavage des mains ou de la friction avec un gel ou une solution hydro-alcoolique, ne peut pas être pratiquée lorsque l'on présente certains problèmes de peau (comme la dermatite ou l'eczéma), ce qui expose le professionnel de santé et les patients à un risque d'infection. Les gants ne remplacent pas l'hygiène des mains dans ces cas. Tout étudiant qui présente ce type de problème de peau devrait être orienté vers le service de médecine du travail pour un traitement et ne devrait pas se voir confier de tâches en contact direct avec les patients jusqu'à ce que le problème ait disparu.

Hygiène des mains avant de toucher un patient
Il est important de protéger le patient contre les micro-organismes dangereux présents sur les mains. Les étudiants peuvent acquérir ces micro-organismes en touchant des surfaces contaminées, d'autres patients ou des amis.

Hygiène des mains avant un geste propre/aseptique
Il est essentiel que les étudiants pratiquent une hygiène des mains juste avant de réaliser un geste aseptique, comme la préparation de médicaments stériles. Ceci est indispensable pour éviter que des micro-organismes dangereux, y compris les propres micro-organismes

résidents du patient, ne pénètrent dans le corps de ce dernier. Les étudiants doivent se protéger et protéger les patients contre la transmission par contact avec des muqueuses, lors des soins oraux/dentaires, l'administration de collyres et l'aspiration de sécrétions. Tout contact avec une peau lésée, y compris lors des soins d'une lésion cutanée, de la mise en place de pansements et tout type d'injection est associé à un risque de transmission. La manipulation de dispositifs médicaux, tels que la pose d'un cathéter ou l'ouverture d'un système d'accès vasculaire ou de drainage, doit être faite avec une préparation minutieuse, parce que ces dispositifs sont connus comme pouvant se contaminer avec des micro-organismes potentiellement nocifs. Les étudiants doivent veiller à bien pratiquer l'hygiène des mains lorsqu'ils préparent de la nourriture, des médicaments et des pansements.

Certains étudiants entreront inévitablement en contact avec des muqueuses ou une peau lésée. Comprendre les risques associés les aidera à dispenser des soins en toute sécurité. Ils pourront aussi être en contact avec des dispositifs ou des échantillons cliniques, en prélevant ou manipulant des échantillons de liquides biologiques, en ouvrant un système de drainage, ou en posant ou retirant une sonde endotrachéale ou d'aspiration, par exemple.

Hygiène des mains après un risque d'exposition à un liquide biologique
Les étudiants devraient prendre l'habitude de se laver les mains immédiatement après tout risque d'exposition à des liquides biologiques et après avoir retiré une paire de gants. Ceci est essentiel pour limiter les risques d'infection pour eux-mêmes. C'est également une précaution nécessaire pour maintenir un environnement de soins sans danger. Des cas de transmission ont été recensés même avec le port de gants.

Les étudiants doivent parfois nettoyer l'urine, les selles ou les vomissures d'un patient. Ils peuvent aussi être amenés à manipuler des déchets (bandages, serviettes hygiéniques, protections contre l'incontinence) ou à nettoyer du matériel ou des zones contaminées et visiblement souillées (toilettes, instruments). Ils doivent être bien conscients de l'importance de se laver les mains immédiatement après ces activités et d'avoir recours aux méthodes d'élimination des déchets appropriées.

Hygiène des mains après avoir touché un patient
Tous les étudiants devraient pratiquer l'hygiène des mains après avoir touché un patient. Les activités impliquant un contact physique direct incluent, outre les tâches citées précédemment, le fait d'aider un patient à se déplacer ou à faire sa toilette et les massages. Les examens cliniques, tels que la prise du pouls ou de la tension artérielle d'un patient, l'auscultation du thorax et la palpation abdominale, présentent tous un risque de transmission de micro-organismes infectieux.

Hygiène des mains après avoir touché l'environnement d'un patient
On sait également que les micro-organismes subsistent sur des objets. Il est donc important de réaliser une hygiène des mains après avoir touché un objet ou meuble situé dans l'environnement direct du patient lorsque l'on quitte ce dernier, même si on ne l'a pas touché. Il peut arriver aux étudiants d'aider d'autres membres du personnel à changer la literie, ajuster le débit de perfusion, surveiller une alarme, tenir un côté de lit ou déplacer pour un patient des objets sur sa table de chevet. Une hygiène des mains doit être réalisée après chacune de ces tâches.

Oublier l'hygiène de mains entraîne un risque d'infection et de colonisation des patients et/ou des étudiants, et augmente la probabilité de propagation des micro-organismes dans l'environnement.
Méthodes de protection personnelle
Les étudiants devraient :
- suivre les recommandations relatives à l'utilisation des procédures et équipements de protection individuelle et demander à être formés à ces dernières ;
- utiliser des gants lorsqu'ils sont en contact avec des liquides biologiques, une peau lésée et une muqueuse ;
- porter un masque chirurgical antiprojections, des lunettes de protection, des surchaussures et une sur-blouse en cas de risque de projection de sang ou d'autres liquides biologiques ;
- informer les personnes concernées lorsque les stocks d'équipements de protection individuelle (EPI) sont bas ;
- modeler leur pratique sur celle de professionnels de santé expérimentés et respectés ;
- auto-évaluer régulièrement leur propre utilisation des équipements de protection individuelle (EPI) et noter s'il y a une utilisation inappropriée ;
- couvrir toute coupure et abrasion ;
- toujours nettoyer les projections de sang et d'autres liquides biologiques conformément aux recommandations en la matière ;
- connaître le mode de fonctionnement du système de gestion des déchets dans leur milieu de soins.

Etre vaccinés contre l'hépatite B
Comme tous les professionnels de santé, les étudiants risquent d'être infectés par des virus transmissibles par le sang. Le risque d'infection pour le personnel et les patients dépend de la prévalence de la maladie dans la population de patients et de la nature et de la fréquence des expositions. Les étudiants doivent être vaccinés dès qu'ils commencent à voir des patients dans les institutions, les centres de soins ou autres milieux de soins, y compris à domicile, et passer, si possible un test de dépistage post-vaccinal.

Savoir quoi faire en cas d'exposition
Si un étudiant est, par inadvertance, exposé à ou infecté par un agent pathogène transmissible par le sang, il doit immédiatement le signaler à la personne

compétente au sein de l'établissement de soins, ainsi qu'à son supérieur hiérarchique. Il est important que les étudiants bénéficient d'un suivi médical adapté, dès que possible.

Savoir quoi faire si vous présentez des symptômes, tels que nausées, vomissements ou diarrhée
Les étudiants doivent déclarer tout épisode de diarrhée et de vomissement, surtout s'ils sont eux-mêmes touchés. Les épidémies de diarrhée et de vomissements (norovirus) sont fréquentes à l'hôpital et peuvent se propager si le personnel affecté continue à travailler alors qu'il présente des symptômes. Les étudiants doivent être conscients que, s'ils présentent ces symptômes, ils risquent de transmettre l'infection à des patients vulnérables et à d'autres membres du personnel et qu'ils ne devraient donc pas travailler. Les étudiants doivent se conformer aux politiques locales.

Observer toute autre mesure applicable de prévention et de lutte contre les infections
Les étudiants devraient s'assurer que les instruments et dispositifs qu'ils utilisent ont été stérilisés/désinfectés correctement. Ils devraient aussi veiller à ce que les procédures spécifiques soient suivies, par exemple, pour la pose d'une sonde urinaire.

Encourager les autres à prendre part à la lutte contre les infections 16
Les étudiants devraient encourager les autres à utiliser les techniques d'hygiène des mains appropriées en les mettant en pratique eux-mêmes. Ils devraient servir d'exemples et de pilotes en la matière. Un simple rappel suffit parfois pour faire voler en éclats une impression trompeuse de sécurité.

Les étudiants peuvent aussi sensibiliser les patients à l'importance de l'hygiène des mains car ils passent souvent plus de temps à leur chevet que leurs collègues confirmés. C'est aussi une bonne occasion d'éduquer les patients aux soins ainsi qu'à la prévention et à la lutte contre les infections. Les étudiants peuvent aussi avoir l'occasion d'expliquer à d'autres membres de la communauté (comme la famille et les visiteurs du patient) comment ils peuvent contribuer à prévenir et lutter contre les infections en adoptant une hygiène des mains appropriée.

Influencer le comportement des professionnels de santé
Les étudiants peuvent travailler dans un environnement dans lequel les professionnels de santé ne suivent pas les recommandations professionnelles ou institutionnelles sur la prévention et la lutte contre les infections. Il peut même leur arriver d'observer certains membres du personnel confirmés ne pas se nettoyer les mains ou ne pas respecter les environnements stériles. Il peut être très difficile pour eux de se faire entendre dans ces cas-là. Culturellement, il est compliqué pour un membre du personnel novice de contester un professionnel plus aguerri. Néanmoins, cela peut être fait avec tact. Les étudiants peuvent en faire part et demander ce qu'il faut faire aux équipes d'hygiène ou à leurs séniors.

Les étudiants peuvent observer des membres d'équipe qui ne se lavent pas les mains
Leur réaction dans ce type de situation dépendra de leur relation avec les membres de l'équipe, de la culture de l'établissement de soins et de celle de l'environnement proche. Il pourrait être utile de chercher à identifier et à comprendre les raisons possibles de cette omission. Le professionnel de santé pourrait avoir oublié de se laver les mains par inadvertance car il était trop occupé. Si l'étudiant sait que la personne est, en règle générale, très attentive à la question, il peut être judicieux de lui signaler l'oubli ou de l'aider en lui apportant le gel ou la solution hydro-alcoolique ou tout autre produit pour réaliser une hygiène des mains.

Il peut arriver aux étudiants d'observer que certains membres du personnel ne connaissent pas les procédures appropriées de lutte contre les infections.
Ils peuvent demander à leur responsable hiérarchique ou au responsable de l'équipe d'examiner la question de la prévention et de la lutte contre les infections lors d'une prochaine discussion. Ou encore, ils peuvent demander au chef de service qu'un expert vienne parler à l'équipe de manière à s'assurer que tout le monde soit au courant des recommandations en matière de lutte contre les infections.

Résumé 17
Pour limiter l'incidence des infections associées aux soins :

- connaître les principales recommandations en vigueur dans chacun des environnements cliniques où vous travaillez ;
- accepter la responsabilité de limiter les risques de transmission d'infection ;
- appliquer les précautions standard et les précautions liées au mode de transmission (précautions complémentaires) ;
- indiquer aux membres de l'équipe si les équipements nécessaires sont inappropriés ou épuisés ;
- sensibiliser les patients et leur famille/leurs visiteurs à l'hygiène des mains et à la transmission des infections.

Certaines de ces actions, comme alerter l'équipe de la pénurie de fournitures, peuvent être difficiles à mettre en œuvre dans des contextes où les ressources ne sont pas disponibles et les fournitures sont généralement en quantité insuffisante. Les politiques en vigueur dans certains hôpitaux ne prévoient pas nécessairement de fournir des équipements de protection individuelle (EPI) aux étudiants en stage au sein de l'établissement. Dans ces cas, les étudiants devraient demander conseil à leurs supérieurs hiérarchiques.

Stratégies et formats d'enseignement

Différentes stratégies peuvent être employées pour enseigner ce module, mais il se prête davantage à des exercices de simulation au cours desquels les étudiants pourront mettre en pratique les techniques de prévention et de lutte contre les infections.

Exercices de simulation

Plusieurs scénarios peuvent être imaginés pour illustrer les composantes de la formation sur la prévention et à la lutte contre les infections. Par exemple, au Center for Medical Simulation (centre de simulation médicale) d'Israël, les étudiants s'exercent à réaliser un lavage des mains ; celles-ci recouvertes d'un gel bleu spécial sont alors placées sous une lampe à ultraviolets. La lampe révèle les zones qui n'ont pas été lavées correctement. Les étudiants sont surpris de voir l'importance des zones oubliées.

Plusieurs scénarios peuvent être imaginés pour illustrer les composantes de la formation sur la prévention et la lutte contre les infections. Les étudiants pourraient par exemple mettre en pratique les techniques d'affirmation de soi dans différentes situations comme :

- les interactions patient–professionnel au cours desquelles le professionnel ne pratique pas l'hygiène des mains ;
- les interactions étudiant–patient au cours desquelles l'étudiant ne pratique pas l'hygiène des mains ;
- les interactions étudiant–supérieur hiérarchique au cours desquelles le supérieur hiérarchique ne pratique pas l'hygiène des mains.

Pour chacun de ces scénarios, les étudiants peuvent prendre part à un jeu de rôle et interpréter un manquement aux protocoles de lutte contre les infections selon une approche centrée sur l'individu puis selon une approche systémique. (Ces approches sont décrites en détail dans le Module 3). → M3

Exposé interactif/didactique

Les diaporamas ci-joints pourront vous guider afin de couvrir l'ensemble du module. Il est possible d'utiliser les présentations PowerPoint ou de convertir les diapositives pour les diffuser à l'aide d'un rétroprojecteur. Commencez la session par une étude d'un cas issu de la *Banque d'études de cas* et demandez aux étudiants d'identifier certains des problèmes exposés dans l'étude du cas présenté.

Discussions avec un échantillon de professionnels

Invitez un groupe de professionnels éminents à présenter un résumé de leurs efforts visant à limiter la transmission des infections. Les étudiants pourraient préparer à l'avance une liste de questions sur la prévention et la prise en charge des infections.

Apprentissage basé sur la résolution de problèmes

L'apprentissage basé sur la résolution de problèmes convient pour traiter plusieurs aspects de ce module. Un patient ayant développé une infection du site opératoire pourrait ainsi servir de problème de base.

Discussion en petits groupes

La classe peut être divisée en petits groupes et trois étudiants de chaque groupe peuvent être désignés pour mener une discussion sur les causes et les types d'infection. Un autre étudiant du groupe devrait réfléchir aux raisons pour lesquelles certains établissements de soins insistent plus que d'autres sur l'hygiène des mains.

Le tuteur animant cette session devrait également être familiarisé avec son contenu afin de pouvoir y ajouter des informations relatives au système de santé local et au lieu d'exercice.

Autres activités d'enseignement

Les occasions ne manquent pas d'intégrer des activités liées à ce module lorsque les étudiants sont en stage dans un service donné. Certaines activités peuvent démarrer dès les premières années dans le milieu d'exercice.

– Les étudiants pourraient rencontrer un patient infecté consécutivement à une intervention dentaire ou à des soins. Ils pourraient discuter avec lui de l'impact de l'infection sur sa santé et son bien-être. Cet échange ne viserait pas à savoir comment ni pourquoi le patient a été infecté, mais plutôt à parler de l'impact de l'infection.

– Les étudiants pourraient assister à une réunion sur la prévention et la lutte contre les infections et observer et noter les mesures adoptées par l'équipe pour s'assurer que tout le monde respecte les recommandations en matière de lutte contre les infections.

– Ils pourraient observer une équipe prendre en charge des patients atteints d'infections associées aux soins.

– Ils pourraient aussi suivre un patient tout au long du processus péri-opératoire et observer les mesures visant à limiter le risque de transmission des infections.

– Les étudiants pourraient examiner et critiquer le protocole de prévention et de lutte contre les infections utilisé pour une procédure spécifique, et faire des observations sur le niveau de connaissance du protocole et d'adhésion à ce dernier au sein de l'équipe.

– Les étudiants en pharmacie pourraient également rencontrer des patients dans le cadre de leurs cours pratiques de pharmacie clinique.

– Après ces activités, il convient de demander aux étudiants de se réunir par deux ou en petits groupes afin de discuter avec un tuteur ou un clinicien de ce qu'ils ont observé, d'examiner si les caractéristiques ou techniques à observer étaient présentes ou non, et si elles se sont avérées efficaces.

Études de cas

Brassard ensanglanté

Ce cas illustre l'importance de respecter les recommandations concernant la lutte contre les infections. Il montre aussi pourquoi il faudrait toujours adopter des procédures partant du principe qu'il existe un risque de transmission de maladie.

Jack, 28 ans, et Sarah, 24 ans, ont été victimes d'un grave accident de la circulation au cours duquel la voiture de Jack a foncé dans un poteau en béton. Ils ont été emmenés aux urgences. Jack souffrait de graves blessures et Sarah présentait des coupures sévères sur la partie supérieure du corps provoquées par les débris des vitres de la voiture. Jack saignait abondamment lorsqu'il a été placé sur le brancard de la salle des urgences traumatologiques. Sa tension artérielle a été mesurée, et le brassard (en nylon et tissu) s'est imbibé totalement de sang, au point de ne pas pouvoir être essoré. Jack a été transféré en chirurgie mais est décédé.

Sarah, qui présentait des coupures sur la partie supérieure du corps, a été placée sur le même brancard de traumatologie sur lequel Jack avait été traité. Le brassard saturé de sang utilisé précédemment chez Jack a été placé sur son bras sans avoir été lavé.

Une infirmière a relevé que le brassard imbibé de sang avait été utilisé chez les deux patients. Mais les autres membres du personnel ont ignoré l'incident.

Un courrier du médecin légiste, reçu plusieurs semaines plus tard, a révélé que Jack était séropositif au VIH et au VHB et que l'accident était en fait un suicide.

Discussion

– Utilisez l'étude de cas pour lancer une discussion sur les implications de cet incident et identifiez les procédures qui auraient pu éviter la réutilisation du brassard ensanglanté pour la mesure de la tension artérielle.

Source : Agency for Healthcare, Research and Quality. Web M&M: mortality and morbidity rounds on the web (http://www.webmm.ahrq.gov/caseArchive.aspxa ; consulté le 3 mars 2011).

Absence de contrôle du site de perfusion intraveineuse chez un enfant

Ce cas montre les ramifications qu'une infection associée aux soins peut avoir chez les patients.

Un père a emmené sa fille de deux ans, Chloé, aux urgences d'un hôpital régional un vendredi soir. Chloé avait des antécédents récents de bronchite et avait déjà été vue en consultation externe. Le médecin a hospitalisé Chloé afin de la traiter pour une pneumonie. Une voie IV a été posée dans la partie supérieure de son pied gauche et un bandage a été appliqué. Chloé a été admise dans le service et placée sous la surveillance du personnel infirmier, d'un médecin généraliste et d'un médecin de garde pour le week-end.

Le site d'accès intravasculaire n'a pas été contrôlé avant le dimanche matin tôt (près de 48 heures plus tard), bien qu'une lésion cutanée constitue un facteur de risque connu chez le nourrisson pouvant survenir dans les 8 à 12 heures. Une zone de nécrose a été observée au niveau du talon gauche et des ulcères se sont ensuite développés sur la partie supérieure du pied gauche. Après sa sortie de l'hôpital et un traitement externe, Chloé a finalement été admise dans un hôpital spécialisé en pédiatrie où elle a reçu un traitement continu. Elle a aussi développé des troubles du comportement à la suite de cette expérience.

Discussion

– Utilisez cette étude de cas pour lancer une discussion sur les infections du site d'accès intravasculaire et les méthodes permettant de limiter les risques d'infection de ce type.

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

Outils et ressources documentaires

Hygiène des mains

Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_PSP_2009.07_fre.pdf?ua=1 ; consulté le 21 février 2011).

Hygiène des mains : pourquoi, comment et quand Genève, Organisation mondiale de la Santé, août 2009 (http://www.who.int/gpsc/5may/tools/hand-hygiene_why-when-how_french.pdf?ua=1 ; consulté le 21 février 2011).

Institute for Healthcare Improvement (IHI) (in collaboration with the Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, the Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology and the Society of Healthcare Epidemiology of America). *How-to guide: improving hand hygiene.* Boston, MA, IHI, 2006 (http://www.ihi.org/IHI/Topics/CriticalCare/IntensiveCare/Tools/HowtoGuideImprovingHandHygiene.htm ; consulté le 21 février 2011).

Boyce JM *et al.* Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2002, 51(RR16):1–45.

Recommandations relatives à l'isolement
Siegel JD *et al.* and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *2007 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings.* Public Health Service and United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 2007 (http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007isolationPrecautions.html ; consulté le 21 février 2011).

Prévention et lutte contre les infections
Un soin propre est un soin plus sûr : outils et ressources Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://www.who.int/gpsc/5may/tools/fr/ ; consulté le 21 février 2011).
Ducel G *et al. Prévention des infections nosocomiales, 2e édition. Guide Pratique* , Genève, Organisation mondiale de la Santé 2002 (http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12/fr/ ; consulté le 21 février 2011).

Infection control, prevention of health care-associated infection in primary and community care. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care, National Institute for Clinical Excellence (NICE), London, UK, 2010 (http://guidance.nice.org.uk/CG2 ; consulté le 21 février 2011).

AIDE-MÉMOIRE : mesures de base contre les infections associées aux soins. Alerte et action au niveau mondial (GAR), Genève, Organisation mondiale de la Santé, octobre 2007 (http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf ; consulté le 21 février 2011).

Politique de l'OMS pour la lutte contre la transmission de la tuberculose dans les établissements de santé, les structures collectives et les ménages Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242598322_fre.pdf?ua=1 ; consultée le lundi 21 février 2011).

Infections chirurgicales
Prevent surgical site infections. *5 Million Lives campaign*. Boston, MA, Institute for Healthcare Improvement, 2001. (http://www.ihi.org/IHI/Programs/Campaign/SSI.htm ; consulté le 21 février 2011).

Tools. Surgical site infections. Boston, MA, Institute for Healthcare Improvement, 2006 (http://www.ihi.org/IHI/Topics/PatientSafety/SurgicalSiteInfections/Tools/ ; consulté le 21 février 2011).

National strategy
National strategy to address health care-associated infections operational template. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, June 2005 (www.health.gov.au/internet/safety/publishing.../addprecautionsjun05.pdf ; consulté le 21 février 2011).

Autres ressources
Allegranzi B *et al.* Burden of endemic health care-associated infections in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2011, 377:228–241.

Pratt RJ *et al.* Epic 2: national evidence-based guidelines for preventing health care-associated infections in NHS hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*, 2007, 65 (Suppl.):S1–S64.
Burke JP. Patient safety: infection control, a problem for patient safety. *New England Journal of Medicine*, 2003, 348:651–656.

Évaluation des connaissances de ce module

Les connaissances des étudiants sur la lutte contre les infections peuvent être évaluées avec les méthodes suivantes :

- portfolio ;
- discussion de cas ;
- ECOS - Examen Clinique Objectif Structuré ;
- observations écrites sur les méthodes de prévention et de lutte contre les infections utilisées dans un établissement de soins ;
- QCM, dissertation et/ou questions à réponse courte ;
- exercice pratique consistant pour l'étudiant à appliquer les techniques suivantes :
  - hygiène des mains conformément aux recommandations de la société française d'hygiène hospitalière ;
  - revêtir des gants à usage unique pour un examen ;
  - revêtir des gants pour une procédure stérile (intervention chirurgicale).

Pour l'évaluation des connaissances , plusieurs sujets de dissertation peuvent également être proposés aux étudiants : Comment un établissement de soins forme-t-il son personnel à la prévention et à la lutte contre les infections ? Comment la hiérarchie sur le lieu de travail influence-t-elle les pratiques de prévention et de lutte contre les infections ? Les systèmes en place pour déclarer les manquements aux politiques de prévention et de lutte contre les infections. Le rôle des patients pour limiter la transmission des infections. L'efficacité des recommandations sur la prévention et la lutte contre les infections.

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

Évaluation de l'enseignement de ce module

L'évaluation est une étape importante pour examiner le déroulement d'une session de formation et

déterminer les améliorations à apporter. Pour un résumé des principes fondamentaux de l'évaluation, reportez-vous au Guide du formateur (Partie A).

Références

1. Ducel G *et al*. *Prévention des infections nosocomiales, 2e édition. Guide Pratique* . Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
2. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf ; consulté le 21 octobre 2011).
3. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Geneva, World Health Organization, 2009:6-7 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf ; consulté le 21 février 2011).
4. Allegranzi B *et al.* Burden of endemic health care-associated infections in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2011, 377:228–241.
5. Stone PW, Braccia D, Larson E. Systematic review of economic analyses of health care-associated infections. *American Journal of Infection Control*, 2005, 33:501-509.
6. Stone PW *et al.* The economic impact of infection control: making the business case for increased infection control resources. *American Journal of Infection Control*, 2005, 33:542-547.
7. MacDonald A *et al.* Performance feedback of hand hygiene, using alcohol gel as the skin decontaminant, reduces the number of inpatients newly affected by MRSA and antibiotic costs. *Journal of Hospital Infection*, 2004, 56:56-63.
8. *Centers for Disease Control and Prevention campaign to prevent antimicrobial resistance in healthcare settings.* Atlanta, GA, CDC, 2003 (http://www.cdc.gov/drugresistance/healthcare/ ; consulté le 21 février 2011).
9. Institute for Healthcare Improvement (IHI). *The Five Million Lives campaign*. Boston, MA, IHI, 2006 (http://www.ihi.org/IHI/Programs/Campaign/ ; consulté le 21 février 2011).
10. *Pays et régions engagés dans la lutte contre les infections associées aux soins de santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/gpsc/statements/countries/fr/ ; consulté le 16 mars 2011).
11. *WHO CleanHandsNet*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (http://www.who.int/gpsc/national_campaigns/en/ ; consulté le 16 mars 2011).
12. Centers for Disease Control and Prevention. *Universal precautions for prevention of transmission of HIV and other bloodborne infections*. Atlanta, GA, CDC, 1996 (http://www.cdc.gov/niosh/topics/bbp/universal.html ; consulté le 21 février 2011).
13. Burke J. Infection control: a problem for patient safety. *New England Journal of Medicine*, 2003, 348:651–656.
14. *Medical device regulations: global overview and guiding principles*. Geneva, World Health Organization, 2003;29–30 (www.who.int/entity/medical_devices/publications/en/MD_Regulations.pdf ; consulté le 11 mars 2011).
15. *Principes directeurs applicables à la sécurité du matériel d'injection*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68983/1/WHO_BCT_03.12_fre.pdf?ua=1 ; consulté le 11 mars 2011).
16. *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. Geneva, World Health Organization, , 2009:122–123 (http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html ; consulté le 21 février 2011).
17. *Hygiène des mains : pourquoi, comment et quand*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, août 2009 (http://www.who.int/gpsc/5may/tools/hand-hygiene_why-when-how_french.pdf?ua=1; consulté le 21 février 2011).
18. *WHO guidelines on hand hygiene in health care.* Geneva, World Health Organization, 2009:61–63 (http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html ; consulté le 21 février 2011).
19. *Glove Use Information Leaflet (revised August 2009) on the appropriate use of gloves with respect to hand hygien*. Geneva, World Health Organization, (http://www.who.int/gpsc/5may/tools/training_education/slcyh_usage_des_gants_fr.pdf ; consulté le 21 février 2011).
20. *Usage des gants : Fiche d'information*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009:3 (http://www.who.int/gpsc/5may/tools/training_education/slcyh_usage_des_gants_fr.pdf ; consulté le 21 février 2011).
21. Centers for Disease Control and Prevention. *Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities, 2008.* Atlanta, GA, CDC, 2008 (http://www.cdc.gov/hicpac/Disinfection_Sterilization/3_0disinfectEquipment.html ; consulté le 21 février 2011).

Diaporamas pour le Module 9 : Contrôle et prévention des infections

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

Les diaporamas du Module 9 ont pour objectif d'aider le formateur à en transmettre le contenu. Ils peuvent être adaptés à la culture et au contexte locaux. Les formateurs peuvent choisir de ne pas utiliser toutes les diapositives. Il est d'ailleurs préférable d'adapter ces dernières aux domaines couverts lors de la session de formation.

Introduction aux Modules 9 à 11

Mettre les connaissances en pratique : lutte contre les infections, procédures invasives et sécurité de la prise en charge médicamenteuse

Le moment le plus propice pour enseigner les trois prochains modules est à l'occasion d'un stage des étudiants dans leur environnement de pratique, à savoir à l'hôpital, dans un centre de soins ou en milieu communautaire.

Une grande partie du contenu de ce Guide pédagogique sera nouveau pour les étudiants. Mais s'ils n'appliquent pas ces nouvelles connaissances dans leur milieu d'exercice, la qualité des soins que fournissent les étudiants et les professionnels de santé et que reçoivent les patients n'évoluera guère. Les étudiants doivent mettre en pratique les techniques et comportements décrits dans ce Guide pédagogique. Les trois prochains modules sur la lutte contre les infections, les procédures invasives et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse ont été élaborés sous l'angle de la sécurité des patients en s'appuyant sur les dernières recommandations fondées sur les preuves. Ils sont destinés à optimiser la capacité des étudiants à appliquer les concepts et principes de sécurité dans leur travail au sein de la communauté, à l'hôpital, en centre de soins ou dans un autre milieu de soins. Avant d'enseigner l'un ou l'autre de ces modules, il serait utile que les étudiants aient eu un aperçu des concepts présentés dans les modules précédents, notamment ceux portant sur le travail en équipe, l'approche systémique et les erreurs.

Le module 4 : *Etre un membre efficace en équipe* doit impérativement avoir été étudié avant de poursuivre. Pour répondre de manière appropriée aux problématiques soulevées dans chacun de ces modules, il est essentiel que tous les membres de l'équipe (y compris les étudiants) mesurent bien l'importance et la pertinence d'une communication précise et complète, à l'écrit comme à l'oral, avec autrui et notamment avec les patients et leurs proches. Les étudiants devraient se familiariser avec les techniques telles que la vérification, les check-lists, les briefings, les débriefings, la remontée d'informations et les transmissions et les transferts opportuns lorsqu'ils sont en contact avec les patients et leurs familles. Il est plus probable qu'ils mettent ces techniques en pratique s'ils prennent conscience de leur pertinence.

Les trois prochains modules reposent fortement sur l'application des recommandations appropriées et autorisées. A mesure que les étudiants apprendront à comprendre le rôle des recommandations et pourquoi elles sont importantes en santé, ils percevront combien les résultats positifs des patients dépendent du fait que tous les membres de l'équipe soignante suivent bien les mêmes plans de traitement. Les recommandations visent à faciliter la prise en charge des patients en s'appuyant sur les meilleures preuves disponibles. La pratique fondée sur les preuves utilise ces dernières afin d'atténuer les différences dans la pratique et de diminuer les risques pour les patients. Il existe de nombreuses preuves montrant que la bonne utilisation des recommandations cliniques peut réduire les événements indésirables [1, 2].

Références

1. *Clinical evidence* [site Internet]. London, British Medical Journal Publishing Group Ltd, 2008 (http://www.clinicalevidence.bmj.com ; consulté le 26 novembre 2008).
2. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC, National Academies Press, 2001.

Module 10
Sécurité des patients et procédures invasives

Arthroscopie pratiquée sur le genou du mauvais côté

Brian s'est blessé au genou gauche en faisant de l'exercice et a été orienté vers un chirurgien orthopédiste par son médecin traitant. Le chirurgien orthopédiste a obtenu son consentement pour réaliser un examen du genou gauche sous anesthésie en chirurgie ambulatoire. Dans le cadre de la procédure préopératoire de routine, deux infirmières diplômées d'état ont confirmé que la signature figurait bien sur le formulaire de consentement pour un examen programmé de son genou gauche.

Le chirurgien a discuté avec Brian avant d'entrer au bloc opératoire, mais n'a pas confirmé quel genou devait être opéré. Brian a été emmené au bloc opératoire et anesthésié. L'infirmière anesthésiste a vu un garrot posé sur sa jambe droite et l'a gonflé. Avec un autre membre du personnel, elle a appliqué un bandage visant à limiter le flux sanguin. L'infirmière de bloc diplômée d'état (IBODE) a vérifié le côté à opérer sur la check-list au bloc afin de commencer la préparation. Lorsqu'elle a vu que le chirurgien orthopédiste était en train de préparer la jambe droite, elle lui a dit que, selon elle, l'opération était prévue sur l'autre jambe. L'infirmière diplômée d'état et l'infirmière de bloc opératoire ont entendu toutes deux le médecin exprimer son désaccord et la jambe droite (la mauvaise) a été opérée.

Source : Case studies–professional standards committees. *Health Care Complaints Commission Annual Report* 1999–2000:64. Sydney, New South Wales, Australie.

Introduction–Sécurité des patients et procédures invasives

Plus de 230 millions d'interventions majeures sont réalisées chaque année à travers le monde [1]. D'après les données disponibles, 0,4–0,8 % des actes chirurgicaux ont pour conséquence directe le décès du patient et 3–16 % d'entre eux sont associés à des complications ; ce qui représente 1 million de décès et 6 millions d'incapacités chaque année dans le monde [2–5]. Cela ne signifie pas que les chirurgiens et ou les autres professionnels de santé soient négligents ou incompétents, mais plutôt que les possibilités que quelque chose se passe mal au cours des procédures invasives sont nombreuses. En outre, les problèmes causés par des infections du site opératoire représentent une part significative de la totalité des infections associées aux soins. Ce module aidera les étudiants à mieux comprendre comment les principes de sécurité des patients peuvent contribuer à minimiser les événements indésirables associés aux procédures invasives. De nombreux outils validés sont désormais disponibles pour aider les équipes soignantes à fournir des soins chirurgicaux avec sécurité. Citons notamment la check-list de la sécurité chirurgicale de l'OMS, actuellement diffusée dans le monde entier et adaptée en France par la HAS [6]. Hormis les étudiants en médecine et en soins infirmiers, ceux des autres filières du secteur de la santé n'auront probablement que peu d'occasions de mettre en œuvre ces étapes visant à améliorer les résultats chirurgicaux lors de leur formation. Ils peuvent toutefois observer comment les professionnels de santé communiquent les uns avec les autres et quelles techniques ils utilisent pour s'assurer d'administrer le bon traitement à la bonne personne ou de pratiquer la bonne intervention sur la bonne partie du corps. Ils peuvent également observer ce qu'il se passe lorsque les professionnels de santé ne suivent pas correctement un protocole.

Mots-clés
infections du site opératoire, erreurs chirurgicales/de procédure, recommandations, défauts de communication, procédures de contrôle, travail en équipe.

Objectifs d'apprentissage 2
Comprendre les causes principales d'événements indésirables associés aux actes chirurgicaux et aux procédures invasives et comment l'utilisation de recommandations, de procédures de contrôle et le travail en équipe peuvent faciliter l'administration du bon traitement au bon patient au bon moment et au bon endroit.

Si les principes décrits dans ce module sont importants aussi bien en chirurgie que pour les autres procédures invasives, la plupart des preuves disponibles dans la littérature portent sur les interventions chirurgicales.

Acquis de l'apprentissage : connaissances théoriques et pratiques

Connaissances théoriques 3
Les étudiants doivent connaître les principaux types d'événements indésirables associés aux procédures invasives et se familiariser avec les procédures de contrôle pouvant être utilisées pour améliorer la sécurité des soins chirurgicaux et des procédures invasives.

Connaissances pratiques 4
Les étudiants devront démontrer leur capacité à :
- suivre les procédures de contrôle afin d'éviter les erreurs de patient, de côté et de procédure (check-list opératoire, par exemple) ;
- mettre en pratique des techniques visant à réduire les risques et les erreurs (temps de pause, briefings, débriefings, expression des préoccupations) ;
- participer à un processus pédagogique de revue de la mortalité et morbidité ;
- s'engager activement en tant que membre de l'équipe ;
- s'engager activement avec le patient à tout moment.

Causes d'événements indésirables associés aux actes chirurgicaux et aux autres procédures invasives. 5

Les étudiants doivent connaître les principaux types d'événements indésirables associés aux soins chirurgicaux et procédures invasives. Les compétences du chirurgien ou de la personne ayant pratiqué la procédure et l'âge et la condition physique dupatient sont les raisons traditionnellement avancées pour expliquer les événements indésirables associés aux actes chirurgicaux et autres procédures invasives. Vincent *et al.* [4] ont soutenu que les résultats défavorables des actes chirurgicaux et d'autres procédures sont associés à de nombreux autres facteurs, tels que la conception du lieu de travail et son impact sur les personnes qui y travaillent, le travail en équipe et la culture organisationnelle. L'approche systémique étudiée dans le Module 3, ainsi que les compétences décrites dans les modules sur le travail en équipe et la lutte contre les infections sont particulièrement utiles pour ce sujet. → M3

Une chirurgie sûre nécessite un travail d'équipe efficace, ce qui signifie que les médecins, les infirmier(ère)s et les autres professionnels ont tous des responsabilités et des rôles clairement définis et que chacun connaît les rôles des autres membres de l'équipe.

Une approche systémique des événements indésirables associés aux actes chirurgicaux et aux procédures invasives exige que nous examinions à la fois les facteurs latents, comme le travail en équipe et un leadership inadéquat, et des facteurs apparents (sur le lieu de soins), tels que les transmissions lors des relèves de poste et un mauvais recueil de l'histoire de la maladie. (Voir Module 4). → M4

Les trois causes principales d'événements indésirables lors des procédures invasives sont décrites ci-dessous.

Prévention insuffisante des infections associées aux soins
L'étude Harvard Medical Practice Study II [5] a mis en évidence que les infections des plaies chirurgicales constituaient la deuxième catégorie d'événements indésirables par ordre de grandeur et a ainsi confirmé la croyance de longue date selon laquelle les infections nosocomiales à *staphylocoques* constituaient un risque majeur chez les patients hospitalisés, en particulier ceux qui reçoivent des soins chirurgicaux. La mise en œuvre de meilleures pratiques de lutte contre les infections, telles que l'administration appropriée d'une antibioprophylaxie, a réduit l'incidence des infections postopératoires. En outre, les efforts visant à sensibiliser aux risques de transmission et à attirer l'attention sur la question montrent aux professionnels de santé comment minimiser les risques d'infection acquise.

Il relève de la responsabilité de chacun de diminuer les risques de contamination des vêtements, des mains et du matériel associés à la transmission d'agents pathogènes. (La lutte contre les infections est abordée plus en détail dans le Module 9). → M9

Au cours de leur formation, de nombreux étudiants sont amenés à assister à une intervention chirurgicale ou à une procédure invasive ou à être en contact avec des patients vulnérables aux infections. Ils doivent à tout moment se conformer aux recommandations sur la lutte contre les infections et respecter les précautions standard. Dans une équipe efficace, chaque membre, quel que soit sa profession ou son niveau d'expérience, est tenu responsable de la sécurité de la pratique ; chacun, même le moins expérimenté, est encouragé à exprimer ses inquiétudes quant à la sécurité.

Prise en charge inadéquate du patient
La salle d'opération et l'environnement chirurgical sont le lieu d'activités extrêmement complexes impliquant un grand nombre de professionnels de santé différents et qui devraient toujours inclure le patient lorsqu'il est conscient. Cela pourrait expliquer pourquoi les services de chirurgie enregistrent davantage d'événements indésirables que les autres services hospitaliers.

Parmi les principaux événements indésirables associés aux soins chirurgicaux figurent : les infections postopératoires, les complications cardiovasculaires, respiratoires et thromboemboliques. L'analyse de ces événements a permis d'identifier une série de conditions préexistantes (facteurs latents). Ces facteurs latents comprennent :

- la mise en œuvre inadéquate des protocoles ou recommandations ;
- un leadership inadapté ;
- un travail d'équipe déficient ;
- des conflits entre différentes unités/différents groupes au sein de l'établissement ;
- une formation et une préparation inadaptées du personnel ;
- le manque de ressources ;
- l'absence de pratiques fondées sur les preuves ;
- une mauvaise culture organisationnelle ;
- la surcharge de travail ;
- l'absence d'un dispositif de gestion de la performance.

Outre les facteurs latents, les personnes qui travaillent directement sur le lieu des soins périopératoires sont susceptibles de faire les erreurs suivantes, qui constituent des causes connues d'événements indésirables :

- l'absence de mesures de précaution visant à éviter les blessures accidentelles ;
- des retards évitables dans les traitements ;
- l'absence d'anamnèse ou d'examen clinique adéquats ;
- la non-utilisation des analyses et tests indiqués ;
- l'inaction face à des résultats d'analyses ou de tests ;
- l'exercice en dehors de son domaine d'expertise (par ex. ne pas consulter de confrère, ne pas orienter le patient, ne pas chercher de l'aide ou transférer le patient) ;
- des défauts dans la communication.

Les situations où les informations sont fournies trop tard pour être efficaces, où elles sont incohérentes ou inexactes, où les bonnes personnes ne reçoivent pas les informations nécessaires ainsi que les situations où il existe des problèmes non résolus au sein de l'équipe sont autant d'exemples de défauts de communication. Il est essentiel d'inclure le patient dans l'équipe ; les professionnels de santé devraient en permanence échanger et vérifier les informations avec lui, lorsque cela est possible. En outre, les étudiants ont besoin de vérifier que chacun de leurs patients comprenne ce qu'on lui fait en lui demandant de répéter aux professionnels de santé les informations fournies.

Défauts de communication des professionnels de santé avant, pendant et après les procédures
La mauvaise communication est l'un des plus grands problèmes au sein de l'environnement chirurgical. Elle est à l'origine d'interventions chirurgicales chez le mauvais patient, du mauvais côté ou sur le mauvais site, ou encore de mauvaises indications. Ne pas communiquer l'évolution de l'état de santé du patient ou ne pas administrer d'antibioprophylaxie a également conduit à des événements indésirables. Des désaccords sur le fait d'arrêter ou non une procédure et des incidents pour lesquels les erreurs n'ont pas été signalées correctement ont aussi été documentés.

Dans la salle d'opération, les professionnels de santé sont souvent amenés à réaliser de nombreuses tâches simultanées. La plupart des stagiaires et des étudiants voient une équipe chirurgicale composée de médecins et d'infirmier(ères) comme une ruche fourmillant d'activités. Outre une charge de travail très importante, l'environnement périopératoire se caractérise par un personnel dont le niveau d'expérience et de compétences est variable. La combinaison de tous ces facteurs peut considérablement affecter la capacité de l'équipe à communiquer de manière précise et en temps opportun. Il existe des défauts de communication à toutes les étapes. Mais ils s'avèrent particulièrement problématiques lorsqu'ils surviennent pendant le transfert d'un patient d'une phase de soins à une autre. Si le patient présente un événement indésirable au cours d'une procédure ou d'un traitement, cela ajoute un degré de complexité supplémentaire. Il est important de ne pas oublier que le patient a besoin d'être totalement informé de ce qu'il s'est passé et de la façon dont il sera pris en charge. Il peut éprouver le besoin de parler de cette expérience. A la suite d'un événement indésirable, le personnel peut se montrer réticent à l'idée de prendre le temps nécessaire pour écouter le patient, mais il est important de le faire. L'impact des événements indésirables est abordé plus en détail dans le Module 8 : *S'impliquer avec les patients et leur entourage*.

Bon nombre de pays collectent désormais des données sur les procédures invasives pratiquées chez le mauvais patient. Il a été établi que l'un des meilleurs moyens de réduire les erreurs d'identification consiste à utiliser les recommandations de meilleures pratiques visant à garantir que le bon patient reçoive le bon traitement. Les données montrent de façon convaincante que lorsque les professionnels de santé suivent les recommandations approuvées et connaissent les principes qui sous-tendent une approche standardisée du traitement et des soins, les résultats des patients sont considérablement améliorés.

La complexité de l'environnement chirurgical est un facteur majeur à l'origine des erreurs de communication, qui surviennent à tous les niveaux. Une étude de Lingard *et al.* [7] a décrit les différents types de défauts de communication concernant les médecins. Dans cette étude, 36 % des problèmes de communication ont entraîné un effet visible, tel que des tensions au sein de l'équipe, l'inefficacité, le gaspillage de ressources, une erreur de procédure ou des désagréments pour les patients. (Le Tableau B.10.1 présente des exemples de différents types de défauts de communication.)

Tableau B.10.1.
Types de défaut de communication associés aux soins : exemples et remarques

Type de défaut	Définition	Exemple et analyse (*en italique*)
Occasion	Problèmes relatifs à la situation ou au contexte de communication	Le chirurgien demande à l'anesthésiste si l'antibioprophylaxie a été administrée. A ce moment-là, l'intervention a commencé depuis plus d'une heure. *Sachant que la période optimale d'administration de l'antibioprophylaxie doit précéder l'incision d'environ 30 minutes, cette demande intervient au mauvais moment et est inefficace, qu'il s'agisse d'un rappel ou d'une mesure de sécurité redondante.*
Contenu	Constat d'un manque d'informations ou d'imprécisions dans les informations transmises	Alors que la procédure est sur le point d'être engagée, l'interne en anesthésie demande au chirurgien si un lit a été réservé pour le patient dans l'unité de soins intensifs. Le chirurgien répond qu'« un lit n'est probablement pas nécessaire et [qu']il n'y en a probablement pas de disponible de toute façon, donc continuons ». *Les informations pertinentes ne sont pas fournies et les questions restent sans réponse : un lit a-t-il été demandé en unité de soins intensifs et que fera-t-on si le patient a besoin de soins intensifs et si aucun lit n'est libre dans l'unité ? (Remarque : cet exemple a été classé comme un problème à la fois dans son contenu et son objectif.)*
Public	Lacunes dans la composition du groupe engagé dans la communication	Les infirmier(ères) et l'anesthésiste parlent du positionnement du patient pour l'intervention sans qu'un chirurgien soit présent. *Les chirurgiens ayant des besoins particuliers quant au positionnement du patient, ils devraient participer à cette discussion. Un repositionnement peut s'avérer nécessaire lorsque des décisions sont prises en l'absence du chirurgien.*
But	Communication dont le but n'est pas clair, n'est pas atteint ou est inapproprié	Pendant la résection du foie d'un donneur vivant, deux infirmières se demandent si de la glace est nécessaire dans le conteneur qu'elles préparent pour le foie. Aucune d'entre elles ne sait. La discussion en reste là. *Le but de cette communication, –c'est-à-dire de savoir si de la glace est nécessaire,– n'est pas atteint. Aucun plan n'est défini pour l'atteindre.*

Source : Lingard L *et al.* Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care,* 2004 [7].

Procédures de contrôle pour améliorer les soins chirurgicaux : recommandations, protocoles et check-lists

La mise en œuvre de check-lists, de protocoles et de recommandations fondés sur les preuves figurent parmi les méthodes efficaces pour améliorer les soins des patients. Bien que ces trois outils aident les professionnels de santé à prendre en charge la plupart des problèmes de santé, il existe des différences subtiles entre eux. Une recommandation fournit des préconisations sur un sujet donné, tandis qu'un protocole décrit les étapes successives devant être suivies dans un ordre précis afin de réaliser la tâche prévue. Une check-list vise à assurer qu'aucun élément obligatoire n'est oublié. Ces outils fondés sur les preuves sont souvent élaborés par des groupes d'experts multidisciplinaires d'après les dernières données disponibles et ils peuvent être approuvés au niveau national ou international.

De bonnes recommandations se diffusent facilement et sont conçues pour influencer la pratique professionnelle à grande échelle. Les recommandations efficaces ont un certain nombre de caractéristiques en commun. Elles définissent les questions les plus importantes relatives à la pratique dans un domaine donné et cherchent à identifier toutes les options de décisions possibles et les

conséquences connues de ces décisions. Elles identifient chaque point de décision ainsi que l'enchaînement des actions d'après le raisonnement, le jugement et l'expérience des professionnels de santé. Elles reposent sur des valeurs encourageant l'identification de l'intervention la moins invasive/risquée qui soit adaptée aux circonstances et qui respecte le choix du patient lorsqu'il existe plusieurs possibilités (en d'autres termes, le patient est un partenaire dans le processus de prise de décision). Les recommandations devraient être revues et révisées aussi souvent que nécessaire, ou au moins tous les trois ans.

La variabilité des pratiques en soins de santé a été identifiée comme un problème majeur par l'Institute of Medicine (IOM) [8]. La variabilité due à une utilisation excessive, insuffisante ou mauvaise des soins de santé peut être résolue par la pratique fondée sur les preuves qui se base sur les meilleures données disponibles en vue d'atténuer les différences et de réduire les risques pour les patients. Les professionnels de santé qui exercent dans les hôpitaux et les centres de soins n'ont pas le temps, les ressources ni l'expertise requises pour formuler chacun leurs propres séries de recommandations. En revanche, les cliniciens sont encouragés à adopter les recommandations déjà établies puis à les modifier pour les adapter à leur propre pratique et à leur environnement local.

Les recommandations sont nécessaires car la complexité des soins de santé et le niveau de spécialisation ainsi que le grand nombre de professionnels de santé impliqués ont rendu les opinions personnelles ou les préférences subjectives des organisations dangereuses. Il existe aujourd'hui plusieurs centaines de recommandations validées destinées à aider les professionnels de la santé à adopter une pratique plus sûre, à éviter les erreurs de site, de procédure et de personne, ainsi que les infections du site opératoire.

On ne parle pas toujours aux étudiants des recommandations utilisées dans un domaine de soins donné. Ils devraient toutefois savoir qu'il existe, dans de nombreux domaines de pratique, et notamment ceux associés à la prise en charge des maladies chroniques, des recommandations établies identifiant le(s) meilleure(s) façon(s) de traiter les patients. L'équipe qui doit les utiliser n'a pas toujours accès aux recommandations et même, ne les connaît pas forcément. Il n'est pas rare qu'une organisation de soins de santé publie des recommandations sans toutefois s'assurer que tout le monde en ait connaissance. Parfois, noyés sous le poids des nombreuses recommandations qu'ils ont à suivre, certains s'en désintéressent et n'en voient plus l'intérêt ni la portée. Sensibiliser les étudiants à l'importance d'utiliser les bonnes recommandations est une première étape pour les inciter à poser des questions sur ces dernières et à les suivre. Les recommandations les plus efficaces tiennent compte de l'environnement local et du profil des patients, et leurs préconisations peuvent être facilement adaptées au lieu de travail local. Il existe des recommandations fondées sur les preuves pour la plupart des procédures impliquant des risques importants, comme l'utilisation de produits sanguins sûrs. Ne pas utiliser de produits sanguins sûrs ou ne pas vérifier si le patient reçoit le bon groupe sanguin peut s'avérer catastrophique pour le patient.

Des soins sûrs nécessitent que tous les membres de l'équipe sachent ce que l'on attend d'eux lorsqu'ils doivent mettre en œuvre des recommandations. Les recommandations, protocoles ou check-lists doivent être accessibles. (Sont-ils sur papier ou en ligne ?) Ils doivent aussi être applicables au lieu de travail où ils seront utilisés. (Tiennent-ils compte des différences de ressources et des professionnels de santé disponibles ?) Pour qu'un outil soit efficace, le personnel doit le connaître, lui faire confiance, y avoir accès facilement et être capable de le mettre en œuvre.

Pour différentes raisons liées aux ressources, conditions locales et types de patients, certaines étapes d'une procédure de contrôle peuvent s'avérer peu commodes ou inappropriées dans une situation donnée. Dans ce cas, l'équipe multidisciplinaire peut être amenée à adapter l'outil à l'environnement ou aux circonstances. Tout le monde doit alors connaître les modifications afin de pouvoir les appliquer.

Si un outil n'est pas suivi de manière cohérente par toute l'équipe ou si certaines personnes sautent systématiquement des étapes, il ne protègera pas les patients des événements indésirables. Il est important que tous, y compris les étudiants, s'y conforment. L'engagement du responsable et de l'équipe dans son ensemble est nécessaire pour garantir la mise en œuvre efficace de recommandations, d'un protocole ou d'une check-list.

Certains cliniciens peuvent s'interroger sur la valeur d'une procédure de contrôle, notamment lorsqu'ils pensent que leur autonomie professionnelle est menacée ou remise en cause. Ils peuvent aussi avoir le sentiment de perdre leur propre pouvoir discrétionnaire lorsqu'une approche d'équipe est adoptée. Il est absolument nécessaire de partager les connaissances et les informations et d'être ouvert aux remarques des autres membres de l'équipe pour assurer la bonne continuité des soins, une prise de décision sûre et obtenir les meilleurs résultats possibles pour les patients.

Une étude révolutionnaire sur les effets d'une check-list opératoire simple a été réalisée dans huit pays en 2007/2008. Elle a fait état d'une diminution de plus d'un tiers des décès et des complications postopératoires lorsque la check-list était utilisée,

indépendamment des ressources disponibles [9]. La réussite des check-lists réside essentiellement dans l'amélioration de la communication en vue de garantir que la bonne personne bénéficie de la bonne procédure au bon endroit et que la procédure est pratiquée par la bonne équipe soignante.

Une brève analyse des processus intervenant en chirurgie suffit à constater que lors de nombreuses étapes, notamment pour le consentement ou le marquage et/ou pour l'identification des bons médicaments et du matériel à utiliser, les acteurs concernés doivent se rencontrer et s'entretenir de vive voix. L'équipe opératoire –(chirurgiens, assistants, anesthésistes, infirmier(ères) aide-opératoires, infirmier(ère)s circulant(e)s, infirmier(ère)s anesthésistes, sage-femmes, le cas échéant) et les autres personnes présentes dans la salle d'opération doivent toutes savoir quelle est la nature de la procédure prévue, de sorte que chacun connaisse le plan thérapeutique, les attentes des différents membres de l'équipe et les résultats escomptés pour le patient. C'est pourquoi des « pauses » programmées ayant lieu dans la salle d'opération où la procédure sera pratiquée juste avant le début de celle-ci font partie intégrante de la check-list opératoire [6].

Pour une chirurgie sûre, chaque membre de l'équipe chirurgicale doit connaître le(s) principal(aux) protocole(s) ou check-list(s) utilisés dans un domaine de pratique. Si aucune procédure de contrôle n'est en place, un membre pourrait, lors d'une réunion d'équipe, lancer une discussion sur la possibilité d'utiliser un protocole ou une check-list.

Il est communément admis que la meilleure approche pour limiter les erreurs d'identification des patients consiste à mettre en œuvre les outils de meilleures pratiques visant à garantir que le bon patient reçoit le bon traitement. Plusieurs protocoles et check-lists ont été élaborés pour répondre à cette problématique.

Encadré B.10.1 OMS : Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies

Dix objectifs essentiels pour une chirurgie plus sûre	
Objectif 1 :	L'équipe opèrera le bon patient au bon endroit.
Objectif 2 :	L'équipe aura recours à des méthodes connues pour prévenir les dommages liés à l'administration d'anesthésiques, tout en protégeant le patient de la douleur.
Objectif 3 :	L'équipe sera prête à faire face à une perte de la fonction respiratoire susceptible de mettre en danger la vie du patient.
Objectif 4 :	L'équipe sera prête à faire face au risque d'une hémorragie massive.
Objectif 5 :	L'équipe évitera d'induire une allergie ou un effet indésirable lié à des médicaments connus pour présenter un risque significatif pour le patient.
Objectif 6 :	L'équipe utilisera de manière conséquente des méthodes connues pour minimiser le risque d'infection du site chirurgical.
Objectif 7 :	L'équipe fera en sorte qu'aucune compresse ou instrument ne soit oublié par erreur dans le site opératoire.
Objectif 8 :	L'équipe mettra en sécurité et identifiera avec précision tous les prélèvements chirurgicaux.
Objectif 9 :	L'équipe communiquera de manière efficace et échangera les informations importantes pour effectuer l'intervention en toute sécurité.
Objectif 10 :	Les hôpitaux et les systèmes de santé publique établiront une surveillance de routine de la capacité, du volume et des résultats chirurgicaux.

Source : *WHO Guidelines for Safe Surgery*, 2009 http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/en/index.html [10].

Figure B.10.1. OMS : Check-list de la sécurité chirurgicale, adaptée en France par la HAS [6]

Check-list de la sécurité chirurgicale

Organisation mondiale de la Santé

Avant l'induction de l'anesthésie →	Avant incision de la peau →	Avant que le patient ne quitte la salle d'opération
(avec au moins l'infirmier(ière) et l'anesthésiste)	(avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)	(avec l'infirmier(ère), l'anesthésiste et le chirurgien)
Le patient a-t-il confirmé son identité, le site, l'intervention et son consentement ? ☐ Oui	☐ Confirmer que les membres de l'équipe se sont tous présentés en précisant leur(s) fonction(s)	**L'infirmier(ère) confirme oralement :** ☐ Le type d'intervention ☐ Que le décompte final des instruments, des compresses et des aiguilles est correct
Le site de l'intervention est-il marqué ? ☐ Oui Sans objet	☐ Confirmer le nom du patient, l'intervention et le site de l'incision.	☐ Que les prélèvements sont bien étiquetés (lecture à haute voix des étiquettes, avec le nom du patient)
Le matériel et les produits d'anesthésie ont-ils été vérifiés ? ☐ Oui	Une prophylaxie antibiotique a-t-elle été administrée au cours des 60 dernières minutes ? ☐ Oui ☐ Sans objet	☐ S'il y a des dysfonctionnements matériels à résoudre
L'oxymètre de pouls est-il en place et en état de marche ? ☐ Oui	Anticipation d'évènements critiques **Pour le chirurgien :** ☐ Quelles seront les étapes critiques ou inhabituelles ?	**Pour le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmier(ère)** ☐ Quelles sont les principales préoccupations relatives au réveil et à la prise en charge postopératoire du patient ?
Le patient présente-t-il : une allergie connue ? ☐ Non ☐ Oui	☐ Quelle sera la durée de l'intervention ? ☐ Quelle est la perte sanguine anticipée ?	
Un risque d'intubation difficile ou un risque d'inhalation ? ☐ Non ☐ Oui, et équipement/assistance disponibles	**Pour l'anesthésiste :** ☐ Le patient présente-t-il un problème particulier ?	
Un risque de perte sanguine > 500 ml (ou 7 ml/kg en pédiatrie) ? ☐ Non ☐ Oui, et des liquides et deux voies IV ou centrales sont prévus	**Pour l'équipe infirmière :** ☐ La stérilité a-t-elle été confirmée (avec les résultats des indicateurs) ? ☐ Y a-t-il des problèmes matériels ou autres inquiétudes ?	
	Les documents d'imagerie essentiels sont-ils disponibles en salle ? ☐ Oui ☐ Sans objet	

Cette liste de contrôle ne vise pas à être exhaustive. Les adjonctions et les modifications pour s'adapter à la pratique locale sont enouragées.

Révisé 1/2009 ©OMS, 2009

Source : *OMS. Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies*, 2006 http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/fr/ [6].

« Check-list de la HAS « Sécurité du patient au bloc opératoire » http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_821871/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire

Ce que les étudiants ont besoin de faire

Suivre une procédure de contrôle pour éliminer les incidents liées au mauvais patient, au mauvais site et à la mauvaise procédure

Les étudiants de certaines filières auront l'occasion d'entrer en salles d'opération et d'observer comment les équipes opératoires travaillent ensemble. Ils verront aussi comment l'équipe gère les procédures avant, pendant et après l'intervention chirurgicale. Lors d'un stage en chirurgie ou d'une autre période appropriée, les étudiants devraient :

- identifier les principaux protocoles et check-lists utilisés dans une unité de chirurgie ou de soins donnée ;
- échanger et vérifier les informations avec le patient ou son soignant ;
- comprendre comment les protocoles/check-lists en vigueur on été élaborés et savoir s'ils sont conformes aux pratiques fondées sur les preuves ;
- comprendre pourquoi le protocole/la check-list est nécessaire ;

- être capables d'identifier les différentes étapes de la procédure de contrôle, et notamment de choisir le bon patient, le bon site et la bonne procédure ;
- être capables d'identifier les différentes étapes de la check-list de sécurité chirurgicale de l'OMS, adaptée en France par la HAS ;
- connaître le rôle de tous les membres de l'équipe ;
- identifier comment les conflits sont résolus au sein de l'équipe. (Voir Module 4). → M4

Mettre en pratique les techniques de salle d'opération visant à réduire les risques et les erreurs (temps de pauses, briefings, débriefings, expression des préoccupations). 7

Le Module 4 présente une analyse détaillée de la façon dont les équipes efficaces travaillent ensemble et des actions pouvant être prises par les membres de l'équipe pour contribuer efficacement à améliorer les performances et la sécurité. Dans l'environnement chirurgical, il existe plusieurs attributs et actions connus pour améliorer le travail en équipe. Si les étudiants ne sont pas en mesure de participer directement aux activités de l'équipe, ils peuvent tout au moins observer le fonctionnement de cette dernière. Les étudiants devraient chercher activement à s'intégrer dans l'équipe, en demandant par exemple respectueusement à son responsable s'ils peuvent en faire partie même s'ils n'occupent pas de fonction ou de rôle particulier. Etre inclus leur permet de mieux voir et entendre comment les membres de l'équipe communiquent les uns avec les autres. Si possible, les étudiants devraient prendre part aux briefings et débriefings de l'équipe. Au cours de ces réunions, ils devraient observer et noter comment les professionnels de santé participent aux procédures conçues pour assurer la sécurité du patient. Par exemple, utilisent-ils des check-lists ?

Les étudiants devraient évaluer leurs propres contributions aux discussions de l'équipe concernant l'état du patient, et portant notamment sur son identité, le site opératoire, l'état de santé du patient et les soins post-opératoires.

Ils ont besoin d'apprendre comment partager efficacement de l'information. Il est très important que toutes les informations relatives à l'évaluation et au traitement du patient soient partagées verbalement avec tous les membres de l'équipe soignante. Les étudiants devraient connaître les principales caractéristiques de la procédure et de la prise en charge prévue du patient, et les protocoles appropriés.

Ils ne devraient pas hésiter à poser des questions aux membres de l'équipe, de manière appropriée et respectueuse, en temps opportun. Ils devraient participer aux réunions de briefing destinées à passer en revue la procédure prévue et saisir cette occasion pour poser des questions. Si l'étudiant estime que quelque chose ne va pas, il devrait en informer un référent ou superviseur au moment même.

Il est important que les étudiants apprennent à parler suffisamment fort et à s'affirmer de manière appropriée. Ils devraient être capables d'exprimer leur opinion ou de demander l'avis d'un membre de l'équipe en n'hésitant pas à poser des questions ou à dire ce qu'ils pensent lors des moments cruciaux. Les étudiants devraient comprendre que *ce n'est pas « s'affirmer »* que d'avoir des échanges ou poser des questions sur le rythme et la tonicité cardiaques du patient, sa coloration, et sa respiration : ces sujets relèvent de l'information partagée et des interrogations usuelles. Ils devraient apprendre comment « se faire entendre par la chaîne hiérarchique » lorsqu'ils deviennent des professionnels, surtout s'il y a un risque de nuisance pour le patient en raison d'une erreur potentielle. Ainsi, un(e) infirmier(ère) peut être intimidé(e) à l'idée de rappeler au chirurgien de vérifier quelque chose (par exemple de vérifier si l'intervention programmée est effectivement celle qu'on pratique sur le bon patient). Si le chirurgien ne tient pas compte du rappel de l'infirmier(ère), l'établissement de soins devrait soutenir cette dernière dans sa démarche pour se faire entendre par la chaîne hiérarchique.

Les étudiants devraient s'exercer à partager des informations sur les intentions avec les membres de l'équipe et chercher à obtenir des commentaires avant de s'écarter de la norme. Cette initiative est importante car elle alerte le reste de l'équipe qu'une action sortant du cadre de la pratique habituelle est prévue.

Les étudiants devraient prendre conscience que l'enseignement fait partie intégrante des soins chirurgicaux. L'enseignement peut revêtir différentes formes –échanges d'informations brefs et informels ou comporter un apprentissage pratique dirigé . Les étudiants devraient être prêts à apprendre de chacun des membres de l'équipe. Il devraient également apprécier le fait que les tâches sont réparties entre les membres de l'équipe en fonction de leur expertise professionnelle et de leur niveau de connaissances et de compétences.

Participer à un processus pédagogique de revue de mortalité et morbidité 8

Les étudiants en santé devraient demander à leur établissement de soins s'il existe un système de retour d'expérience (REX) avec examen des cas par les pairs pour tirer des enseignements et les partager. Bon nombre d'hôpitaux organisent des réunions d'examen des dossiers chirurgicaux souvent appelées *revues de mortalité et morbidité*. Ce sont des forums de discussion formalisés destinés à l'analyse des incidents et des cas difficiles ; ils constituent la principale méthode d'analyse entre pairs pour l'amélioration des soins des patients à venir. Ces réunions confidentielles sont destinées à passer en revue les complications chirurgicales et sont nécessaires pour améliorer la pratique dans le service de chirurgie. Elles peuvent se tenir chaque semaine, tous les quinze jours ou chaque

mois et sont l'occasion de tirer les enseignements des erreurs en chirurgie. La sécurité des patients étant une discipline relativement nouvelle, la plupart de ces réunions doivent encore adopter une approche systémique non culpabilisante pour aborder les erreurs. Certaines restent focalisées sur la personne ayant commis l'erreur et utilisent une approche punitive pour discuter des événements indésirables. Lorsqu'elles adoptent une approche culpabilisante pour examiner les erreurs, elles sont souvent fermées aux autres membres de l'équipe opératoire, comme les médecins assistants, les infirmier(ère)s, les techniciens et les étudiants, et n'incluent que des chirurgiens.

Hormis l'élément de culpabilisation potentiel, les revues de mortalité et morbidité sont le lieu idéal pour tirer les enseignements des erreurs et discuter des moyens de les prévenir à l'avenir. Les étudiants devraient découvrir si l'établissement de soins dans lequel ils sont en formation organise ce type de réunion et demander au professionnel encadrant concerné s'ils peuvent y assister en qualité d'observateur. Si cela est possible, ils devraient chercher à déterminer si les principes fondamentaux en matière de sécurité des patients suivants sont respectés :

- la réunion est-elle structurée de façon à ce que les problèmes et facteurs sous-jacents associés à l'événement indésirable sont au centre de la discussion, plutôt que les personnes impliquées ?
- l'accent est-il mis sur l'éducation et la compréhension, plutôt que sur la culpabilisation des individus ?
- la discussion a-t-elle pour but de prévenir la survenue d'événements similaires à l'avenir ? Cela nécessite d'examiner l'événement en temps opportun, lorsque les souvenirs sont encore frais dans la mémoire ;
- ces réunions sont-elles considérées comme une activité essentielle pour l'ensemble de l'équipe opératoire, y compris les techniciens et cadres, et les cliniciens (médecins, infirmier(ère)s, pharmaciens, aides-soignants) ?
- toutes les personnes impliquées dans l'incident/le domaine ont-elles la possibilité d'assister à ces réunions ?
- les membres de l'équipe comptant le moins d'ancienneté, y compris les étudiants, sont-ils encouragés à y assister et à participer ? Ces séances offrent aux étudiants une excellente occasion d'en apprendre davantage sur les erreurs et les processus visant à améliorer certains traitements et procédures ;
- tous les décès impliquant une intervention chirurgicale dans l'établissement sont-ils identifiés et analysés ?
- les débats font-ils l'objet d'un résumé écrit, incluant les recommandations formulées pour améliorer ou réviser les pratiques actuelles ?

Résumé

Ce module met en lumière l'importance des recommandations pour réduire les erreurs et minimiser les événements indésirables. Mais celles-ci ne sont utiles que si les personnes à qui elles s'adressent leur font confiance et comprennent en quoi leur respect améliorera les soins des patients. Les protocoles peuvent permettre d'éviter l'erreur de patient ou de traitement, et faciliter une meilleure communication entre les membres de l'équipe et avec le patient.

Stratégies et formats d'enseignement

Exposé interactif/didactique

Les diaporamas ci-joints pourront vous guider afin de couvrir l'ensemble du module. Il est possible d'utiliser les présentations PowerPoint ou de convertir les diapositives pour les diffuser à l'aide d'un rétroprojecteur. Commencez la session par l'une des études de cas et demandez aux étudiants d'identifier plusieurs problématiques présentées dans ce cas.

Discussions avec un échantillon de professionnels

Invitez un groupe de professionnels de santé du domaine concerné à décrire leurs efforts afin d'améliorer la sécurité des patients et à débattre de leurs rôles et responsabilités. Cela peut aider les étudiants à apprécier le rôle du travail en équipe dans les procédures. Les étudiants peuvent également préparer à l'avance une liste de questions sur la prévention et la prise en charge des événements indésirables. Prévoyez du temps pour leurs questions.

Discussion en petits groupes

La classe peut être divisée en petits groupes et trois étudiants de chaque groupe peuvent être désignés pour débattre d'une catégorie d'événements indésirables associés aux procédures. Un autre étudiant peut se concentrer sur les outils et techniques disponibles pour minimiser les risques d'erreurs et un autre encore pourrait examiner le rôle des revues de mortalité et morbidité. Organiser ces sessions avec des étudiants de différentes disciplines ajoute une perspective importante de réalité et aide chaque profession à comprendre et respecter les autres.

Le contenu de la session doit être familier à son animateur afin qu'il puisse y ajouter des informations relatives au système de santé local et à l'environnement clinique.

Exercices de simulation

Différents scénarios peuvent être imaginés concernant les événements indésirables dans certains traitements et procédures (le mauvais patient recevant le traitement, une mauvaise voie d'administration proposée pour un médicament, par exemple) et les techniques pour minimiser le risque d'erreurs. Ces simulations pourraient être axées principalement sur la communication entre un membre du personnel moins expérimenté et un professionnel aguerri, entre un aide-soignant ou un(e) infirmier(ère) et un médecin pour alerter d'un incident ou entre un pharmacien et un médecin ou un(e) infirmier(ère) chef.
Divers scénarios pourraient être élaborés pour les

étudiants. Ils pourraient s'exercer au briefing, au débriefing, à s'affirmer afin d'améliorer la communication en salle d'opération en utilisant un système formalisé pour transmettre les informations pertinentes sur le patient (système australien ISBAR [identité, situation, contexte, évaluation et recommandations], par exemple) dans les situations urgentes, comme les transferts. Le jeu de rôle constitue aussi un outil utile. Les étudiants pourraient simuler une revue de mortalité et morbidité en utilisant une approche culpabilisante puis une approche systémique, ou encore une situation en salle d'opération où un étudiant remarque que quelque chose ne va pas et doit se faire entendre.

Activités dans les services et en salle d'opération
Les occasions ne manquent pas d'intégrer des activités liées à ce module dans le cadre des observations de procédures par les étudiants. Cela intervient souvent dans la dernière partie de leur cursus de formation. Cependant, il n'y a aucune raison pour qu'ils ne puissent pas être exposés à ces activités dès leur première année d'études. Les étudiants pourraient :

- assister à une procédure et observer et noter les mesures prises par l'équipe pour vérifier que le patient opéré ou chez qui la procédure est pratiquée est bien le bon et que la bonne procédure est réalisée au bon moment ;
- observer une équipe de chirurgie ou chargée d'une procédure et chercher à identifier les membres de l'équipe, leur mode de fonctionnement et comment ils interagissent les uns avec les autres et avec le patient ;
- assister à une revue de mortalité et morbidité et rédiger un bref rapport décrivant si les principes de base en matière de sécurité des patients ont été appliqués pendant la réunion, en adoptant une approche systémique plutôt qu'une approche culpabilisante ;
- suivre un patient tout au long du processus périopératoire et observer les activités ou tâches axées sur la sécurité du patient ;
- examiner et critiquer le protocole/la check-list utilisé(e) comme procédure de contrôle du patient, en incluant des observations sur la connaissance et le respect du protocole/de la check-list au sein de l'équipe ;
- observer comment les informations relatives aux patients sont communiquées des autres services de soins vers les salles d'opération puis inversement.

Après ces activités, il convient de demander aux étudiants de se réunir par deux ou en petits groupes afin de discuter avec un tuteur ou professionnel de santé de ce qu'ils ont observé, d'examiner si les caractéristiques ou techniques à observer étaient présentes ou non, et si elles se sont avérées efficaces. Former un groupe interdisciplinaire d'étudiants présente l'avantage supplémentaire de leur permettre de mieux connaître le rôle des différentes professions et d'apprendre à respecter chacune d'elles.

Études de cas

Une intervention de routine qui a abouti à un événement indésirable
Ce cas témoigne des risques de l'anesthésie.

Une chirurgie des sinus non urgente sous anesthésie générale a été programmée chez une femme de 37 ans en bonne santé. L'anesthésiste avait 16 ans d'expérience, le chirurgien ORL 30 ans d'expérience, et trois des quatre infirmières de bloc opératoire étaient également très expérimentées. La salle d'opération était très bien équipée.

L'anesthésie a été induite à 08h35, mais il a été impossible d'insérer le masque laryngé. Deux minutes plus tard, l'oxygénation de la patiente a commencé à se détériorer et elle semblait cyanosée (elle devenait bleue). Sa saturation en oxygène était alors à 75 % (la saturation est considérée comme faible dès lors qu'elle est inférieure à 90 %) et son rythme cardiaque s'était accéléré.

A 08h39, sa saturation en oxygène avait baissé à 40 % (un niveau très bas). Les tentatives visant à ventiler les poumons avec 100 % d'oxygène au moyen d'un masque facial et d'une sonde endotrachéale insérée par la bouche se sont avérées extrêmement difficiles. L'anesthésiste, rejoint par un confrère, a essayé vainement de pratiquer une intubation trachéale afin de surmonter les problèmes de ventilation. A 08h45, on ne disposait toujours pas d'accès aux voies aériennes et la situation était désormais la suivante : « intubation impossible, ventilation impossible », une urgence reconnue en anesthésie, pour laquelle il existe des recommandations. Les infirmières présentes semblaient avoir pris conscience de la gravité de la situation ; l'une d'entre elles a apporté un plateau de trachéotomie tandis qu'une autre a pris les dispositions nécessaires pour réserver un lit en unité de soins intensifs.

Les médecins ont poursuivi leurs tentatives avec plusieurs laryngoscopes différents, mais aucune n'a abouti et l'intervention a été abandonnée ; la patiente a été transférée en salle de réveil. Sa saturation en oxygène était restée inférieure à 40 % pendant 20 minutes. Bien qu'elle ait ensuite été transférée en unité de soins intensifs, elle n'a jamais repris connaissance et est décédée 13 jours plus tard à cause de lésions cérébrales sévères.

Questions
– Quelles techniques pourraient être à la disposition de l'équipe avant l'induction d'une anesthésie générale chez un patient ?

– Quels sont les avantages des check-lists ?

Source : Bromiley M. Have you ever made a mistake? Bulletin of the Royal College of Anaesthetists, 2008,

48:2442–2445. DVD disponible sur le site Web du Clinical Human Factors Group (www.chfg.org; consulté le 21 février 2011).

Ablation d'un rein sain malgré la mise en garde d'un étudiant

Ce cas montre combien il est important d'utiliser un protocole pour vérifier que la bonne procédure est pratiquée au bon endroit chez le bon patient. Il souligne également le caractère essentiel du principe de « se faire entendre par la chaîne hiérarchique ». Il doit être admis qu'en matière de sécurité, chaque membre de l'équipe compte, y compris les étudiants.

Un patient âgé de 69 ans a été admis pour se faire retirer le rein droit (néphrectomie) atteint d'une maladie chronique. Suite à une erreur administrative, la feuille d'admission mentionnait le côté « gauche ». La liste de bloc a été retranscrite d'après les feuilles d'admission. Le patient n'a pas été réveillé pour vérifier s'il s'agissait du bon côté lors de la visite préopératoire. Le côté n'a pas été vérifié dans le dossier médical ni sur le formulaire de consentement. L'erreur a été aggravée dans la salle d'opération lorsque le patient a été positionné pour une néphrectomie gauche et que le chirurgien a affiché les radiographies, pourtant correctement marquées, à l'envers sur le moniteur. Le chirurgien assistant a commencé à retirer le rein gauche.

Un étudiant en médecine qui observait l'intervention a dit au chirurgien qu'il pensait qu'il était en train de retirer le mauvais rein, mais ce dernier a ignoré la remarque. La faute n'a été découverte que deux heures après l'intervention alors que le patient n'avait pas encore produit d'urine. Il est décédé plus tard.

Questions

– Identifiez les occasions de vérifier le site chirurgical.

– D'après vous, pourquoi le chirurgien a-t-il ignoré l'étudiant en médecine ?

– Débattez : les actions du chirurgien constituent-elles une violation ou s'agit-il d'une erreur systémique ?

Source : Dyer O. Doctor suspended for removing wrong kidney. British Medical Journal, 2004, 328, 246.

Administration de l'antibioprophylaxie préopératoire en dehors de la plage prévue par le protocole

Ce cas illustre l'importance de la planification à l'avance et du contrôle avant une procédure et montre comment l'utilisation de protocoles peut minimiser le risque d'infection.

Un anesthésiste et un chirurgien parlaient des antibiotiques préopératoires nécessaires pour la cholécystectomie laparoscopique sur le point de commencer. L'anesthésiste a informé le chirurgien de l'allergie à la pénicilline du patient et le chirurgien a suggéré d'autres antibiotiques préopératoires. L'anesthésiste s'est rendu dans le couloir stérile pour récupérer les antibiotiques mais est revenu et a expliqué à l'infirmière panseuse qu'il n'y avait pas trouvé d'antibiotiques adaptés. L'infirmière panseuse a demandé les antibiotiques préopératoires par téléphone. L'anesthésiste a expliqué qu'il n'a pas pu les commander car il n'y avait pas de formulaire de commande (il avait regardé dans un classeur de formulaires). L'infirmière panseuse a confirmé que les antibiotiques demandés étaient en chemin.

L'incision chirurgicale a été pratiquée. Six minutes plus tard, les antibiotiques sont arrivés en salle d'opération et ont été injectés immédiatement au patient. Cette injection a été pratiquée après l'incision, ce qui est contraire au protocole selon lequel les antibiotiques doivent être administrés avant l'incision chirurgicale afin d'éviter les infections du site opératoire. Par la suite, une infirmière a soulevé la question, ce qui a conduit à une modification de la planification opératoire.

Questions

– Quels facteurs ont pu contribuer au retard d'administration des antibiotiques ?

– Que pourrait faire l'équipe pour éviter que cela ne se reproduise ?

Source : Groupe de travail - WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools Cas fourni par Lorelei Lingard, professeur agrégé, université de Toronto, Toronto, Canada.

Cas d'extraction chirurgicale d'une dent et d'un kyste du mauvais côté

Ce cas montre comment une intervention pratiquée du mauvais côté sans la supervision d'un interne sénior ou d'un stomatologue a entraîné douleurs et anxiété pour la patiente.

Une femme de 38 ans présentant des problèmes de longue date d'infection de la gencive autour de sa troisième molaire et des douleurs associées du côté gauche a consulté son médecin généraliste. La douleur s'accompagnait d'un écoulement de goût salé provenant du site infectieux. L'imagerie a révélé une dent cariée, incluse horizontalement et un kyste.

La patiente a été orientée vers un stomatologue qui a recommandé l'extraction chirurgicale de la dent incluse et du kyste sous anesthésie générale. Le jour de l'intervention, le stomatologue a discuté de la procédure avec les internes en chirurgie dentaire, l'un débutant et l'autre plus expérimenté. Les chirurgiens ne savaient pas que les radiographies n'avaient pas été lues correctement, mais à l'envers.

L'interne en chirurgie débutant a commencé à inciser du côté droit sans consulter le dossier médical. A ce moment-là, le chirurgien a quitté la salle et l'interne

en chirurgie expérimenté a été appelé pour une urgence. L'interne débutant a continué à retirer un lambeau et a extrait la dent du côté droit. Il était en train d'essayer de localiser le kyste à retirer lorsque le stomatologue est revenu et a constaté qu'il opérait du mauvais côté sans supervision.

L'interne débutant et le stomatologue ont refermé la plaie du côté droit puis ont incisé et extrait la dent et le kyste du côté gauche.

Immédiatement après l'intervention, la patiente s'est plainte de douleurs du côté droit de la bouche. Le stomatologue lui a expliqué qu'ils avaient séparé le tissu de l'os du côté gauche mais aussi du côté droit. Elle a demandé si ses nouveaux symptômes sont liés à l'opération. Le stomatologue a minimisé cette possibilité. La patiente a consulté le stomatologue à deux reprises après l'intervention pour sa douleur postopératoire, mais n'a pas été satisfaite de la réponse obtenue.

Elle a demandé un dédommagement, arguant que le stomatologue et les deux internes avaient mal fait leur travail pendant l'intervention.

Questions

– Quels étaient les facteurs sous-jacents à cette erreur, et comment aurait-elle pu être évitée ?

– Quelles pourraient être les conséquences, pour la patiente et pour le chirurgien, de ne pas parler ouvertement de l'erreur et de la cause de sa douleur ?

Source : Ce cas a été fourni par Shan Ellahi, consultant pour la sécurité des patients du service de santé de la commune d'Ealing and Harrow, National Health Service, Londres, RU.

Communication concernant l'oxytocine

Ce cas met en lumière les problèmes de communication et la nécessité de procédures pour administrer en toute sécurité un médicament potentiellement dangereux.

Une sage-femme supervisait une étudiante sage-femme lors de la suture d'une déchirure de second degré après un accouchement. Une infirmière est entrée dans la salle pour demander à la sage-femme si elle pouvait augmenter l'oxytocine chez une autre patiente, Mme M, car ses contractions utérines, bien qu'espacées de deux à trois minutes, ne semblaient pas très efficaces ; son col était dilaté à 4 cm depuis trois heures. L'infirmière a indiqué que le débit de perfusion d'oxytocine était à 10 mU/min et n'avait pas été augmenté depuis deux heures. La sage-femme a répondu que la proposition semblait raisonnable.

Une fois l'infirmière sortie, l'étudiante sage-femme, inexpérimentée et qui était restée concentrée sur sa suture, a demandé à la sage-femme ce que voulait l'infirmière. Elle a répondu qu'elle voulait augmenter l'oxytocine de Mme M car l'intensité des contractions était trop faible et la dilatation du col insuffisante. L'étudiante a répondu : « oh, j'ai examiné Mme M juste avant cet accouchement et sa dilatation avait progressé à 6 cm, mais comme j'ai dû me dépêcher pour venir assister à cet accouchement, je n'ai pas eu le temps de l'écrire dans le dossier ». Malgré cela, la sage-femme s'est fiée au jugement de l'infirmière et est restée avec l'étudiante sage-femme jusqu'à ce qu'elle ait terminé la suture et les soins de la patiente.

Lorsqu'elles se sont rendues auprès de Mme M 30 minutes plus tard, un médecin et deux infirmières étaient présents dans la salle et le rythme cardiaque fœtal se situait entre 70 et 80. La sage-femme a regardé la pompe à perfusion et vu qu'elle était réglée sur 20 mU/min, au lieu des 12 mU/min auxquels elle s'attendait. Les mesures visant à augmenter le rythme cardiaque du fœtus se sont avérées inefficaces et une césarienne a été pratiquée en urgence. Le petit garçon est né avec un score d'Apgar de 3 à une minute, 6 à cinq minutes et 8 à dix minutes.

Questions

– Quelles erreurs systémiques ont conduit cette femme à avoir une césarienne non nécessaire ?

– L'utilisation systématique d'un protocole incluant une check-list pour l'augmentation de l'oxytocine aurait-elle éliminé nombre de ces erreurs ?

– Si oui, quels éléments clés devraient figurer dans la check-list pour la perfusion d'oxytocine ?

Autre ressource

Clark S *et al.* Implementation of a conservative checklist-based protocol for oxytocin administration: maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2007, 197:480e1-e5.

Source : Ce cas a été fourni par Mary Barger, professeur adjoint, département de soins infirmiers de famille, Université de Californie, San Francisco, Californie, États-Unis.

Outils et ressources documentaires

WHO guidelines for safe surgery 2009. Safe surgery saves lives. Geneva, World Health Organization, 2009, OMS (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf; consulté le 21 février 2011).

Universal protocol for preventing wrong-site, wrong-procedure, wrong-person surgeryΣ
Carayon P, Schultz K, Hundt AS. Righting wrong-site surgery. *Journal on Quality & Safety*, 2004, 30:405–10.

Real life example of how errors can occur in surgical procedures
http://www.gapscenter.va.gov/stories/WillieDesc.asp; consulté le 21 février 2011.

Correct site surgery tool kit
Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) (http://www.aorn.org/PracticeResources/ToolKits/CorrectSiteSurgeryToolKit/; consulté le 21 février 2011).

Perioperative patient "hand-off' tool kit
Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) and the United States Department of Defense Patient Safety Program (http://www.aorn.org/PracticeResources/ToolKits/PatientHandOffToolKit/; consulté le 21 février 2011).

Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies
Deuxième défi mondial pour la sécurité des patients (http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_fre.pdf?ua=1 ; consulté le 21 février 2011).

Haynes AB *et al.* A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491-499.

Autres ressources
Calland JF *et al.* Systems approach to surgical safety. *Surgical Endoscopy*, 2002, 16:1005–1014.

Cuschieri A. Nature of human error: implications for surgical practice. *Annals of Surgery*, 2006, 244:642–648.

Évaluation des connaissances de ce module

Différentes méthodes sont adaptées pour évaluer le niveau de compréhension de ce module par les étudiants, notamment les compte-rendus d'observation, les dissertations sur les erreurs chirurgicales, les dissertations, les QCM, les questions à réponse courte, les discussions sur les cas et l'auto-évaluation. Les étudiants peuvent être encouragés à adopter une approche « portfolio » pour leur apprentissage sur la sécurité des patients. En suivant cette approche, les étudiants disposent en fin de formation d'une collection de toutes les activités qu'ils ont réalisées dans le domaine de la sécurité des patients. Il peuvent ensuite les mettre à profit dans leur recherche d'emploi et dans leurs futures carrières.

Les connaissances sur les soins liés aux procédures et les nuisances potentielles aux patients, l'utilisation d'une approche systémique pour améliorer les résultats et de techniques visant à minimiser les risques d'erreurs chirurgicales et de procédure peuvent être évaluées avec les méthodes suivantes :

- portfolio ;
- discussions de cas ;
- ECOS - Examen Clinique Objectif Structuré ;
- observations écrites de l'environnement périopératoire et du risque d'erreur.

Plusieurs sujets de dissertation peuvent également être proposés aux étudiants : le bloc opératoire et le rôle du travail en équipe pour minimiser les erreurs, le rôle de la hiérarchie dans la salle d'opération et son effet sur la sécurité des patients, les systèmes en place pour signaler les erreurs chirurgicales, le rôle des patients dans le processus chirurgical, l'efficacité des revues de mortalité et morbidité et/ou les méthodes de communication pouvant contribuer à la sécurité des soins.

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

Évaluation de l'enseignement de ce module

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

Références

1. Weiser TG *et al.* An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. *Lancet*, 2008, 372:139–144.
2. Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*, 1999, 126:66–75.
3. Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14:269–276.
4. Vincent C *et al.* Systems approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement. *Annals of Surgery*, 2004, 239:475–482.
5. Leape L *et al.* The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, 1991, 323:377–384.
6. *Check-list de la sécurité chirurgicale de l'OMS, adaptée en France par la HAS* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_checklist_french.pdf; consultée le 18 janvier 2010).

Check-list de la HAS « Sécurité du patient au bloc opératoire (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_821871/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire).

7. Lingard L *et al.* Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care,* 2004, 13:330–334.
8. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC, National Academies Press, 2001.
9. Haynes *et al.* A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491499.
10. *WHO Guidelines for Safe Surgery*, 2009, 10 (http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/en/index.html; consultées le 24 mai 2011).

Diaporama pour le Module 10 : Sécurité des patients et procédures invasives

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

Le diaporama du Module 10 a pour objectif d'aider l'enseignant à en transmettre le contenu. Les diapositives peuvent être modifiées et adaptées au contexte et aux habitudes culturelles locaux. Les enseignants peuvent choisir de ne pas utiliser toutes les diapositives. Il est d'ailleurs préférable d'adapter ces dernières aux domaines couverts lors de la session de formation.

Introduction aux Modules 9 à 11

Mettre les connaissances en pratique : lutte contre les infections, procédures invasives et sécurité de la prise en charge médicamenteuse

Le moment le plus propice pour enseigner les trois prochains modules est à l'occasion d'un stage des étudiants dans leur environnement de pratique, à savoir à l'hôpital, dans un centre de soins ou en milieu communautaire.

Une grande partie du contenu de ce Guide pédagogique sera nouveau pour les étudiants. Mais s'ils n'appliquent pas ces nouvelles connaissances dans leur milieu d'exercice, la qualité des soins que fournissent les étudiants et les professionnels de santé et que reçoivent les patients n'évoluera guère. Les étudiants doivent mettre en pratique les techniques et comportements décrits dans ce Guide pédagogique. Les trois prochains modules sur la lutte contre les infections, les procédures invasives et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse ont été élaborés sous l'angle de la sécurité des patients en s'appuyant sur les dernières recommandations fondées sur les preuves. Ils sont destinés à optimiser la capacité des étudiants à appliquer les concepts et principes de sécurité dans leur travail au sein de la communauté, à l'hôpital, en centre de soins ou dans un autre milieu de soins. Avant d'enseigner l'un ou l'autre de ces modules, il serait utile que les étudiants aient eu un aperçu des concepts présentés dans les modules précédents, notamment ceux portant sur le travail en équipe, l'approche systémique et les erreurs.

Le module 4 : *Etre un membre efficace en équipe* doit impérativement avoir été étudié avant de poursuivre. Pour répondre de manière appropriée aux problématiques soulevées dans chacun de ces modules, il est essentiel que tous les membres de l'équipe (y compris les étudiants) mesurent bien l'importance et la pertinence d'une communication précise et complète, à l'écrit comme à l'oral, avec autrui et notamment avec les patients et leurs proches. Les étudiants devraient se familiariser avec les techniques telles que la vérification, les check-lists, les briefings, les débriefings, la remontée d'informations et les transmissions et les transferts opportuns lorsqu'ils sont en contact avec les patients et leurs familles. Il est plus probable qu'ils mettent ces techniques en pratique s'ils prennent conscience de leur pertinence.

Les trois prochains modules reposent fortement sur l'application des recommandations appropriées et autorisées. A mesure que les étudiants apprendront à comprendre le rôle des recommandations et pourquoi elles sont importantes en santé, ils percevront combien les résultats positifs des patients dépendent du fait que tous les membres de l'équipe soignante suivent bien les mêmes plans de traitement. Les recommandations visent à faciliter la prise en charge des patients en s'appuyant sur les meilleures preuves disponibles. La pratique fondée sur les preuves utilise ces dernières afin d'atténuer les différences dans la pratique et de diminuer les risques pour les patients. Il existe de nombreuses preuves montrant que la bonne utilisation des recommandations cliniques peut réduire les événements indésirables [1, 2].

Références

1. *Clinical evidence* [site Internet]. London, British Medical Journal Publishing Group Ltd, 2008 (http://www.clinicalevidence.bmj.com ; consulté le 26 novembre 2008).
2. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC, National Academies Press, 2001.

Module 11
Améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse

Médicaments inappropriés chez une enfant nauséeuse

Pendant les vacances, Jane, la fille d'Heather, âgée de 8 ans, s'est sentie mal et a été prise de vomissements. Heather l'a emmenée au centre de soins local où un médecin lui a dit que sa fille faisait de l'asthme et avait besoin d'un nébuliseur. Il a diagnostiqué des nausées consécutives à une infection de l'oreille et a prescrit un antibiotique. Il lui a administré une injection de chlorpromazine, métoclopramide et atropine pour traiter les nausées.

Un peu plus tard, Jane a présenté des troubles de la conscience et a été admise dans le petit hôpital local. Elle a ensuite été transférée vers un hôpital plus grand pour ses symptômes respiratoires.

Le médecin du centre de soins pensait avoir fait ce qu'il fallait. Il avait appris cette association médicamenteuse lors de son internat. Mais ces médicaments n'étaient pas appropriés en cas de nausées chez l'enfant en raison des effets indésirables potentiels et de la difficulté à suivre l'état de l'enfant par la suite. Le médecin n'a pas non plus fourni les informations adéquates sur les médicaments à Heather.

Source : Walton M. Well being: how to get the best treatment from your doctor. Sydney, New South Wales, Australia, Pluto Press, 2002:51.

Surdose de méthadone

Lorsque Matthew s'est présenté au centre de délivrance de méthadone, trois infirmières étaient de garde. Deux d'entre elles n'ont pas identifié Matthew correctement et lui ont administré de la méthadone sans vérifier attentivement la dose.

Il a reçu une dose de 150 mg au lieu de 40 mg. Les infirmières n'ont pas non plus averti le médecin traitant lorsqu'elles ont constaté la surdose.

Elles ont ensuite demandé à la troisième infirmière de donner à Matthew une dose de 20 mg à prendre chez lui, sans l'autorisation du médecin, alors qu'elles étaient conscientes de la dose excessive administrée. Matthew est décédé tôt le lendemain matin d'un empoisonnement à la méthadone.

Source : Health Care Complaints Commission Annual Report 19951996:38. Sydney, New South Wales, Australia.

Introduction–Pourquoi mettre l'accent sur les médicaments ?

Les médicaments se sont montrés très utiles dans le traitement et la prévention des maladies. Ces succès ont conduit à une augmentation considérable de leur utilisation. Malheureusement, ce phénomène va de pair avec une hausse des facteurs de risque, erreurs et événements indésirables associés à leur utilisation.

L'utilisation des médicaments est devenue de plus en plus complexe, et ce pour plusieurs raisons. Le nombre et la variété des médicaments disponibles ont augmenté massivement. Ces médicaments ont des voies d'administration différentes et des actions variables (durée d'action longue ou courte). Parfois, la même molécule d'un médicament est commercialisée sous plusieurs noms de marques différents, ce qui peut prêter à confusion.

Tandis que de meilleurs traitements sont devenus disponibles pour les maladies chroniques, le nombre de patients polymédiqués et présentant plusieurs comorbidités a augmenté. Cela accroît le risque d'interactions médicamenteuses, d'effets secondaires et d'erreurs d'administration.

Il arrive souvent que plusieurs professionnels de santé interviennent dans le processus de délivrance des médicaments aux patients. Des défauts de communication peuvent alors affecter la continuité de ce processus. Les professionnels de santé prescrivent un éventail plus large de traitements et doivent donc se familiariser avec davantage de médicaments. Le volume d'informations à retenir est tel qu'ils ne peuvent pas s'en rappeler de manière fiable sans l'aide de supports de référence. Les infirmier(ère)s, les pharmaciens, les dentistes et les médecins s'occupent de patients qui prennent des médicaments qui leur ont souvent été prescrits par d'autres cliniciens (souvent des spécialistes) et il leur arrive par conséquent de ne pas connaître les effets de tous les médicaments pris par un patient.

Outre les pharmaciens, les prescripteurs jouent eux aussi un rôle majeur dans l'utilisation des médicaments. Il leur appartient de prescrire et d'administrer les médicaments, d'en surveiller les effets secondaires et de travailler en équipe. Les professionnels de santé occupent une position dominante et gratifiante, en rapport avec leur capacité à prescrire des médicaments et à améliorer les soins dispensés aux patients.

En tant que futurs professionnels de santé, les étudiants doivent comprendre la nature de l'erreur médicamenteuse, apprendre quels sont les facteurs de risque associés à l'utilisation des médicaments et ce qui peut être fait pour rendre leur utilisation plus sûre. Si les pharmaciens, les médecins et les infirmier(ère)s jouent un rôle majeur dans la réduction des erreurs médicamenteuses, toutes les personnes impliquées dans l'utilisation des médicaments doivent travailler ensemble pour minimiser les risques de dommages provoqués aux patients par les médicaments.

Mots-clés

Effet secondaire, effet indésirable, erreur, événement indésirable, événement indésirable médicamenteux, erreur médicamenteuse, prescription, administration et surveillance.

Objectif d'apprentissage

Ce module fournit un aperçu général de la sécurité des médicaments. Il vise à encourager les étudiants à continuer à apprendre de nouvelles méthodes permettant d'améliorer la sécurité de l'utilisation des médicaments et à les mettre en pratique.

Acquis de l'apprentissage : connaissances théoriques et pratiques

Connaissances théoriques

Les étudiants ont besoin de connaître :

- l'importance des erreurs médicamenteuses ;
- le fait que l'utilisation de médicaments comporte des risques ;
- les sources fréquentes d'erreurs ;
- les circonstances dans lesquelles les erreurs de processus peuvent survenir ;
- les responsabilités associées à la prescription et à l'administration de médicaments ;
- les éléments permettant de reconnaître les situations à risque habituelles ;
- les méthodes visant à améliorer la sécurité de l'utilisation des médicaments ;
- les bienfaits d'une approche multidisciplinaire de la sécurité des médicaments.

Connaissances pratiques

La sécurité des médicaments est un vaste sujet. Un professionnel de santé qui comprend les enjeux et les risques associés à l'utilisation des médicaments doit :

- utiliser les noms des génériques ;
- adapter la prescription à chaque patient ;
- réaliser un interrogatoire précis sur l'historique médicamenteux du patient ;
- savoir quels sont les médicaments à haut risque ;
- bien connaître les médicaments qu'il prescrit ou dispense ;
- utiliser des aide-mémoire ;
- communiquer clairement ;
- prendre l'habitude de vérifier ;
- encourager les patients à s'impliquer activement dans le processus d'utilisation des médicaments ;
- déclarer les erreurs et en tirer des enseignements ;
- comprendre les calculs des doses de médicaments et s'y exercer, y compris les ajustements de posologie en fonction des paramètres cliniques (clairance rénale, par exemple) ;
- détecter les interactions potentielles et/ou avérées entre les médicaments et entre les médicaments et les aliments.

Définitions

Effet secondaire
Effet connu, autre que celui recherché au départ, en lien avec les propriétés pharmacologiques d'un médicament [1]. Par exemple, la nausée est un effet secondaire courant des analgésiques opiacés.

Effet indésirable
Dommage inattendu résultant d'un acte justifié pour lequel la procédure appliquée était correcte dans le contexte où le médicament a été utilisé [1]. Une réaction allergique inattendue chez un patient qui prend un médicament pour la première fois en est un exemple.

Erreur
Défaillance dans la réalisation d'une action ou dans sa planification [1].

Événement indésirable
Tout événement ou circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné un dommage pour un ou plusieurs patients [1].

Événement indésirable médicamenteux
Événement indésirable impliquant un médicament, évitable (par exemple, le résultat d'une erreur) ou non (par exemple, une réaction allergique inattendue chez un patient qui prend un médicament pour la première fois, comme mentionné précédemment).

Effet indésirable médicamenteux
Toute réponse nocive et non voulue à un médicament. La définition de l'OMS inclut les dommages considérés comme provoqués par le médicament mais exclut les dommages liés aux médicaments consécutifs à une erreur.

Erreur médicamenteuse
Tout événement évitable qui pourrait être à l'origine de ou conduire à l'utilisation inappropriée d'un médicament ou à un dommage au patient alors que le médicament est sous le contrôle du professionnel de santé, du patient ou de l'usager [2]. Ces événements peuvent être liés à la pratique professionnelle, aux produits de santé, aux procédures et aux systèmes incluant : la prescription, la communication de l'ordonnance, l'étiquetage, le conditionnement et la nomenclature du produit, la préparation, la dispensation, la distribution, l'administration, l'éducation, la surveillance et l'utilisation.

Prescription
Une *prescription* équivaut à l'ordre de prendre certains médicaments. Dans de nombreux pays, le prescripteur est légalement responsable du suivi clinique du patient et joue un rôle dans la surveillance de la sécurité et de l'efficacité des médicaments. Lorsqu'il prescrit un médicament, le professionnel de santé décide du médicament, du schéma thérapeutique, de consigner le médicament dans le dossier du patient et de rédiger une ordonnance. Pour ce faire, il peut s'appuyer sur les pratiques fondées sur les preuves afin de bien donner le bon médicament au bon patient. Mais il doit également tenir compte des préférences du patient, de ses valeurs et de sa situation économique. Dans certains milieux, il doit aussi composer avec des ressources limitées et des restrictions sur ce qui peut ou non être délivré aux patients.

On sait que des erreurs surviennent lors de la prescription et qu'elles sont souvent associées à l'inexpérience du professionnel de santé, à sa méconnaissance d'un médicament, au non respect d'un protocole accepté, ou à d'autres facteurs comme la fatigue et le trou de mémoire.

En plus des médicaments sur ordonnance, les usagers ont aussi recours à l'automédication et prennent des médicaments en vente libre. Ces derniers peuvent parfois provoquer des événements indésirables, surtout lorsqu'ils sont pris avec d'autres médicaments. Les usagers devraient toujours demander conseil à leur pharmacien lorsqu'ils pensent associer des médicaments délivrés sans ordonnance au traitement qui leur a été prescrit.

Erreur médicamenteuse
Une erreur médicamenteuse peut avoir pour conséquence :
- un événement indésirable entraînant un dommage pour le patient ;
- un presque accident, au cours duquel le patient a failli subir un dommage ;
- aucun dommage ni risque de dommage.

Une erreur médicamenteuse est une cause courante de dommage évitable pour le patient. D'après les estimations de l'IOM, on dénombre aux États-Unis une erreur médicamenteuse par patient hospitalisé par jour [3], 1,5 millions d'événements indésirables médicamenteux par an [3], et 7 000 décès par an consécutifs à une erreur médicamenteuse à l'hôpital [4].

Les chercheurs d'autres pays du monde où l'incidence des erreurs médicamenteuses et des événements indésirables médicamenteux a été étudiée ont fait état de statistiques tout aussi inquiétantes [5]. Seules 15 % des erreurs de prescription réalisées atteignent effectivement les patients ; les autres sont identifiées à temps par les pharmaciens et d'autres professionnels de santé. Cela souligne l'importance du travail en équipe. En travaillant de concert, les professionnels de santé peuvent éviter de nombreux événements indésirables.

Fabrication, distribution et commercialisation
Avant d'être utilisés chez l'homme, les médicaments doivent être testés pour garantir leur sécurité. Le développement et la fabrication des médicaments sont strictement réglementés dans la plupart des pays.

Étapes d'utilisation des médicaments [8]

L'utilisation des médicaments passe par une série d'étapes distinctes, dont les quatre principales sont : la prescription, la dispensation, l'administration et la surveillance. Les médecins, les pharmaciens, les patients et d'autres professionnels de santé jouent tous des rôles majeurs dans ce processus. Ainsi, certains patients achètent des médicaments en vente libre, les prennent en automédication et en surveillent eux-mêmes les effets thérapeutiques. A l'hôpital, lorsqu'un médecin prescrit un médicament, c'est un pharmacien qui le dispense, un(e) infirmier(ère) qui l'administre et un(e) autre un(e) infirmier(ère) et un autre médecin enfin qui peuvent surveiller l'évolution du patient et décider de la suite du traitement. Dans une pratique collaborative, un pharmacien pourrait ajuster la posologie.

Les principaux éléments de chacune des quatre étapes mentionnées au-dessus sont détaillés ci-après.

Prescription [9]

Le professionnel de santé prescripteur doit choisir un médicament approprié pour une situation clinique donnée, en tenant compte des facteurs individuels propres au patient comme les allergies. Il doit aussi déterminer la voie d'administration, la dose, la durée et le schéma thérapeutique qui conviennent le mieux. Ce plan doit être communiqué à toute personne qui administrera le médicament (il peut s'agir d'une communication écrite, orale ou des deux) et doit être documenté correctement, dans son intégralité.

Dispensation

Un pharmacien doit transcrire l'ordonnance écrite par le professionnel de santé prescripteur et en vérifier la transcription. Le pharmacien doit délivrer ensuite le médicament, vérifier qu'il correspond bien à la prescription et tracer son action.

Administration

L'administration d'un médicament peut inclure le fait de se procurer le médicament et de le rendre prêt à l'emploi. Cela peut impliquer le comptage, le calcul, le mélange, l'étiquetage ou toute autre préparation du médicament. La personne qui administre un médicament doit toujours vérifier les allergies du patient et si elle est bien en train de donner la bonne dose du bon médicament au bon patient par la bonne voie d'administration au bon moment. Elle doit tracer ce qu'elle a fait.

Surveillance

La surveillance consiste à observer le patient afin de déterminer si le médicament est efficace, s'il est utilisé correctement et s'il ne nuit pas. Elle doit aussi être tracée, comme toutes les autres étapes du processus d'utilisation des médicaments.

Des erreurs peuvent se produire à chaque étape de ce processus, et ce, de différentes manières.

Utiliser des médicaments n'est pas sans risque [10] [11] [12] [13]

L'utilisation des médicaments comporte des risques. Différents risques et possibilités d'erreurs sont associés aux différentes étapes du processus d'utilisation des médicaments.

Prescription

Une méconnaissance des indications, des contre-indications d'un médicament et des interactions médicamenteuses peut conduire à des erreurs de prescription. Ce problème prend de plus en plus d'ampleur avec l'augmentation du nombre de médicaments disponibles sur le marché. Il est impossible pour un professionnel de santé de se souvenir de toutes les informations pertinentes nécessaires à une prescription en toute sécurité, sans avoir recours à des supports de référence. D'autres méthodes d'accès aux informations sur les médicaments sont nécessaires. Ne pas tenir compte des facteurs sociaux, émotionnels, cognitifs et physiques pouvant affecter la prescription, tels que les allergies, la grossesse, les comorbidités, les connaissances en santé et les autres médicaments pris par le patient constitue une autre source d'erreurs.

Les erreurs de prescription peuvent porter sur le patient, la posologie, la voie d'administration ou le moment d'administration. Elles sont parfois consécutives à un défaut de connaissance, mais résultent pour la plupart d'une « erreur bête » ou d'une « simple erreur », encore appelée raté ou lapsus. Ce sont les genres d'erreurs qui ont le plus de chance d'arriver à 04 h 00 du matin ou lorsque le prescripteur est pressé, lassé ou fatigué, et qu'il n'est pas totalement concentré sur la tâche qui l'occupe.

Une communication inadéquate constitue une autre source d'erreurs de prescription. Une communication ambiguë peut être mal interprétée (certaines abréviations, par exemple). Des erreurs peuvent résulter d'une écriture illisible ou d'un simple malentendu lors d'une communication verbale.

Des erreurs mathématiques lors du calcul des doses peuvent entraîner des erreurs médicamenteuses. Ces erreurs peuvent être dues à une erreur d'inattention ou à la fatigue, mais peuvent aussi être la conséquence d'une formation insuffisante à la manipulation des volumes, des quantités, des concentrations et des unités ou d'un manque d'habitude de ces manipulations et/ou survenir lorsque le prescripteur n'a pas accès aux toutes dernières informations. Les erreurs de calcul impliquant des médicaments à marge thérapeutique étroite peuvent provoquer des événements indésirables majeurs. Il n'est pas inhabituel qu'une erreur de calcul survienne lors de la conversion d'unités (de microgrammes en milligrammes, par exemple). Ce type de mauvais calculs peut conduire à des erreurs de l'ordre du millier. Maîtriser le calcul des doses est particulièrement important en

pédiatrie, où la plupart des doses sont déterminées d'après le poids de l'enfant.

Dispensation

Une étude de 2007 a montré qu'une charge de travail en pharmacie plus élevée, définie comme le nombre d'ordonnances dispensées par un pharmacien en une heure de travail, augmente le risque de dispenser un médicament potentiellement dangereux. Pour limiter le risque d'erreur de dispensation, les pharmaciens peuvent respecter les étapes suivantes [6] :

- veiller à bien saisir la prescription ;
- confirmer que la prescription est correcte et complète ;
- se méfier des médicaments dont l'aspect ou la consonance du nom se ressemblent (les noms de médicaments similaires représentent une erreur médicamenteuse sur trois) ;
- faire attention aux zéros et aux abréviations ;
- organiser le lieu de travail ;
- limiter les distractions autant que possible ;
- tâcher de réduire le stress et d'équilibrer la charge de travail ;
- prendre le temps de ranger les médicaments correctement ;
- vérifier attentivement toutes les prescriptions ;
- toujours apporter des conseils exhaustifs aux patients.

Administration

Les erreurs d'administration classiques consistent à administrer la mauvaise dose d'un médicament au mauvais patient, par la mauvaise voie, au mauvais moment ou à donner le mauvais médicament. Ne pas administrer un médicament prescrit est une autre forme d'erreur d'administration. Ces erreurs peuvent résulter d'une mauvaise communication, de ratés ou de lapsus, de l'absence de procédures de vérification, d'un manque de vigilance et d'erreurs de calculs, ainsi que d'un lieu de travail et d'un design du conditionnement du médicament sous-optimaux. Dans ces cas, on observe souvent une combinaison des facteurs contributifs.

Une documentation inadéquate peut aussi conduire à des erreurs d'administration. Par exemple, si un médicament a été administré sans que cela ne soit consigné au dossier, un autre membre du personnel peut le redonner au patient, pensant qu'il ne lui a pas encore été administré.
Les erreurs de calcul pour les médicaments administrés par voie IV (gouttes/h ou gouttes/min, ml/h ou ml/min, par exemple) sont un autre type d'erreur d'administration.

Surveillance

Une surveillance inadéquate des effets secondaires, ne pas arrêter un médicament une fois le traitement prescrit terminé ou si celui-ci n'améliore pas le patient de façon évidente, et ne pas suivre un traitement jusqu'à son terme sont autant d'exemples d'erreurs dans ce domaine. Des erreurs de surveillance surviennent lorsque les concentrations de médicament ne sont pas mesurées ou lorsqu'elles le sont mais ne sont pas vérifiées ou ne donnent pas lieu à des mesures, le cas échéant. Ces erreurs impliquent souvent des défauts de communication.

Le risque de défaut de communication est particulièrement élevé lors du changement d'acteur de soins, par exemple, lorsqu'un patient passe du milieu hospitalier en médecine de ville ou inversement.

Facteurs contributifs aux erreurs médicamenteuses

Les événements indésirables médicamenteux sont souvent de nature multifactorielle. Dans bon nombre de cas, les dommages aux patients résultent d'une combinaison d'événements. Il est important d'en prendre conscience, et ce pour plusieurs raisons. Lorsque l'on essaie de comprendre pourquoi une erreur s'est produite, il est essentiel de rechercher tous les facteurs contributifs, et de ne pas se cantonner à la cause la plus évidente ou à la dernière étape du processus. Les stratégies visant à améliorer la sécurité des médicaments doivent elles aussi cibler plusieurs points du processus.

Facteurs propres au patient

Certains patients sont particulièrement vulnérables aux erreurs médicamenteuses. Il s'agit, entre autres, de certaines catégories de patients spécifiques (comme les femmes enceintes, les patients atteints d'insuffisance rénale, etc.), des patients polymédiqués, en particulier lorsque les différents médicaments ont été prescrits par plusieurs professionnels de santé, des patients présentant plusieurs problèmes de santé concomitants et des patients qui n'ont pas de participation active aux informations concernant leur santé et leurs médicaments. Les patients ayant des problèmes de mémoire (atteints de maladie d'Alzheimer, par exemple) et ceux qui ont des difficultés à communiquer, parmi lesquels les personnes inconscientes, les bébés et les jeunes enfants, et les patients qui ne parlent pas la même langue que le personnel, sont aussi plus vulnérables aux erreurs médicamenteuses. Les enfants et les bébés, et plus particulièrement les nouveau-nés, sont exposés à un risque plus élevé d'erreur médicamenteuse en raison des calculs de doses médicamenteuses nécessaires pour les traiter.

Facteurs inhérents au personnel

Le manque d'expérience, la précipitation (en cas d'urgence par exemple), le cumul des tâches, les interruptions en plein milieu d'une tâche, la fatigue, la lassitude et le manque de vigilance sont tous des facteurs liés au personnel qui contribuent à augmenter le risque d'erreurs médicamenteuses. Ne pas prendre l'habitude de vérifier, de procéder à une double vérification ou à une vérification auprès d'une autre personne peut aussi conduire à des erreurs

médicamenteuses, tout comme un mauvais travail d'équipe, une mauvaise communication entre collègues et la réticence à utiliser des aide-mémoire.

Facteurs liés à la conception du lieu de travail

L'organisation du cadre de travail contribue également aux erreurs médicamenteuses notamment quand elle ne tient pas compte de la culture de sécurité. Cela peut se traduire par l'absence de système de déclaration et l'incapacité à tirer des enseignements des presque-accidents et événements indésirables antérieurs. D'autres facteurs liés à la conception du cadre de travail incluent l'absence d'aide-mémoire à la disposition du personnel et/ou d'autres informations sur des médicaments spécifiques, un accès limité ou inexistant aux données diagnostiques pour l'équipe de pharmacie et un stockage inapproprié des médicaments (par exemple, lorsque plusieurs médicaments dont les noms similaires peuvent prêter à confusion sont rangés à proximité les uns des autres ou lorsque les médicaments ne sont pas conservés sous une forme facile à utiliser ou ne sont pas rangés à leur place habituelle). Un effectif inadéquat est un autre problème lié à la conception du cadre de travail susceptible d'augmenter les erreurs médicamenteuses.

Facteurs liés à la conception des médicaments

Certains facteurs liés à la conception des médicaments peuvent aussi accroître le risque d'erreurs médicamenteuses. Certains médicaments peuvent être confondus facilement, comme des comprimés à l'aspect similaire (même forme, même couleur, par exemple). Des médicaments aux noms similaires peuvent aussi prêter à confusion. Citons par exemple le célécoxib (un anti-inflammatoire), la fosphénytoïne un (anticonvulsivant), et le bromydrate de citalopram (un antidépresseur), commercialisés sous des marques dont les noms peuvent être confondus (Celebrex, Cerebyx et Celexa), ou encore l'éphédrine et l'épinéphrine. Les étiquetages ambigus peuvent également constituer une source de confusion. Différentes préparations ou différents dosages d'un même médicament peuvent avoir des noms ou des conditionnements similaires. Ainsi, la phytoménadione 1 mg et la phytoménadione 10 mg se ressemblent beaucoup. Pour les différencier de la forme de libération habituelle, on a ajouté un suffixe à certains médicaments à libération prolongée (LP). Mais il existe de nombreux suffixes différents au niveau international pour décrire des propriétés similaires, comme à libération prolongée, à libération retardée ou à longue durée d'action.

Certains problèmes liés à la conception des médicaments conduisent directement à des erreurs d'administration, comme une étiquette trop petite pour être lue ou des informations sur la posologie difficiles à lire sur des flacons. L'absence d'instruments de mesure (comme une cuillère pour les sirops) constitue une autre difficulté.

Autres facteurs techniques

D'autres facteurs techniques peuvent également contribuer aux erreurs médicamenteuses. Par exemple, l'utilisation de raccords identiques pour les voies intraveineuses et intrathécales peut induire l'erreur d'administrer un médicament par la mauvaise voie.

Plusieurs méthodes permettant d'améliorer la sécurité des médicaments

Utiliser des noms génériques

Un médicament a une appellation commerciale (marque) et un nom générique (principe actif). Plusieurs laboratoires peuvent fabriquer la même formulation de médicament sous plusieurs appellations commerciales différentes. Généralement, la marque apparaît en gros caractères sur la boîte/le flacon et le nom générique est écrit en plus petit. S'il est déjà assez difficile de se familiariser avec tous les médicaments génériques disponibles, il est quasiment impossible de se rappeler toutes les appellations commerciales correspondantes. Pour minimiser le risque de confusion et simplifier la communication, il est utile que le personnel n'utilise que les noms génériques. Il ne faut toutefois pas oublier que les patients utilisent souvent les marques qui apparaissent en gros caractères sur les conditionnements. Cela peut prêter à confusion pour le personnel comme pour les patients. Prenons un exemple : un patient sort de l'hôpital avec une prescription pour son médicament habituel, mais d'une autre marque. Il est possible qu'il ne se rende pas compte que le médicament prescrit à sa sortie de l'hôpital est le même que celui qu'il prenait avant son admission et qu'il continue à prendre ce dernier en parallèle, car personne ne lui a dit de l'arrêter ni qu'il est identique au « nouveau » médicament. Il est essentiel que les prescripteurs et les pharmaciens expliquent aux patients qu'un même médicament peut avoir deux noms différents.

Les médecins et autres prescripteurs devraient prescrire les médicaments sous leur nom générique. Les patients devraient être encouragés à tenir une liste des médicaments qu'ils prennent, mentionnant à la fois l'appellation commerciale et le nom générique de chacun d'eux.

Adapter la prescription à chaque patient

Avant de prescrire un médicament, il convient toujours de se poser la question suivante : « y a-t-il un élément propre à ce patient qui devrait m'inciter à modifier mon choix de médicament habituel ? ». Les facteurs à prendre en compte sont, entre autres, les allergies, la grossesse, l'allaitement, les comorbidités, les autres médicaments pris par le patient, ainsi que la taille et le poids du patient.

Apprendre à réaliser un interrogatoire complet sur l'historique médicamenteux et s'y exercer

L'interrogatoire sur l'historique médicamenteux doit être réalisé aussi bien par les professionnels de santé

prescripteurs que par les pharmaciens. Les recommandations suivantes devraient être suivies en la matière :

- Consigner le nom, la dose, la voie d'administration, la fréquence et la durée pour chaque médicament que prend le patient.
- Demander quels sont les médicaments arrêtés récemment.
- Demander au patient s'il prend des médicaments délivrés sans ordonnance, des compléments alimentaires et s'il a recours à des médecines alternatives.
- Demander au patient si on lui a conseillé de prendre des médicaments qu'en réalité il ne prend pas.
- S'assurer que ce que le patient prend effectivement correspond bien à votre liste. Etre particulièrement attentif à cela lors de la transition des soins. Réaliser une conciliation des traitements médicamenteux à l'admission et à la sortie de l'hôpital, car ce sont des périodes à haut risque d'erreurs [7] résultant de malentendus, d'une mauvaise anamnèse ou de défauts de communication.
- Effectuer des recherches sur tout médicament que vous ne connaissez pas. Vous pouvez consulter des sources d'informations fiables, fondées sur les preuves et/ou contacter d'autres professionnels de santé (pharmaciens, par exemple).
- Examiner les risques d'interaction des médicaments entre eux et des médicaments avec l'alimentation, identifier les médicaments pouvant être arrêtés et ceux qui sont susceptibles de causer des effets secondaires.
- Toujours inclure un interrogatoire détaillé sur les antécédents d'allergies. Lors de l'interrogatoire sur les antécédents d'allergies, ne jamais oublier que si un patient a une allergie potentiellement grave et une affection pour laquelle un professionnel pourrait vouloir prescrire le médicament à l'origine de cette allergie, cela constitue une situation à haut risque. Avertir le patient et les autres membres du personnel.

Connaître les médicaments utilisés dans votre domaine qui sont associés à des risques élevés d'événements indésirables 29

Certains médicaments sont connus pour causer des événements médicamenteux indésirables. Cela peut être dû à leur marge thérapeutique étroite, à une pharmacodynamie ou une pharmacocinétique particulières, ou à la complexité de la posologie et de la surveillance. Parmi ces médicaments figurent l'insuline, les anticoagulants oraux, les agents bloquants neuromusculaires, la digoxine, les chimiothérapies, le potassium IV et les antibiotiques aminosides. Il peut être utile de demander à un pharmacien ou à un autre professionnel de votre domaine quels sont les médicaments les plus souvent associés à des événements indésirables médicamenteux. (Les formateurs peuvent souhaiter prendre le temps de passer en revue ces agents.)

Connaissez bien les médicaments que vous prescrivez. 30

Ne prescrivez jamais un médicament que vous ne connaissez pas suffisamment. Encouragez les étudiants à réaliser un travail personnel sur les médicaments qu'ils devraient être amenés à utiliser souvent dans leur pratique. Ils devront en connaître la pharmacologie, les indications, les contre-indications, les effets secondaires, les précautions particulières d'emploi, les posologies et les schémas thérapeutiques recommandés. Si l'on prescrit un médicament que l'on ne connaît pas, il faut d'abord se documenter sur celui-ci avant de rédiger l'ordonnance. Cela suppose d'avoir à portée de main des documents de référence. Mieux vaut pour un prescripteur connaître parfaitement bien un petit nombre de médicaments qu'en connaître beaucoup de manière superficielle. Ainsi, plutôt que d'apprendre à connaître cinq anti-inflammatoires non stéroïdiens, un prescripteur peut n'en connaître qu'un seul en détail et prescrire celui-ci. Les pharmaciens, en revanche, doivent connaître un grand nombre de médicaments.

Utiliser des aide-mémoire 31

Dans le passé, il était peut-être possible de se rappeler toutes les informations nécessaires sur les principaux médicaments utilisés. Mais avec l'augmentation rapide du nombre de médicaments et la complexité croissante des prescriptions, ne se fier qu'à sa mémoire ne suffit plus aujourd'hui.

Les étudiants devraient être encouragés à vérifier les données au moindre doute. Ils devraient apprendre à choisir des aide-mémoire indépendants, fondés sur les preuves, et à les utiliser. Ils devraient considérer le recours à des aide-mémoire comme une preuve de sécurité de leur pratique plutôt que comme le signe d'un manque de connaissances. Il peut s'agir de manuels, de pharmacopées en format poche ou d'outils informatiques, comme des logiciels (d'aide à la décision/dispensation) et des assistants numériques personnels (PDA). Un exemple simple d'aide-mémoire peut être une fiche répertoriant tous les noms et doses de médicaments pouvant être nécessaires en cas d'arrêt cardiaque. Le prescripteur peut conserver cette fiche dans sa poche et s'y référer en cas d'urgence, s'il n'a pas le temps de consulter un manuel ou un ordinateur pour vérifier la posologie d'un médicament. (Remarque : les aide-mémoire sont également appelés aides cognitives.)

Ne pas oublier la règle des 5 B lorsque l'on prescrit et administre un médicament 32

Dans de nombreuses régions du monde, les programmes de formation soulignent l'importance de respecter la règle des *5 B* avant de dispenser ou d'administrer un médicament. Il s'agit d'administrer le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment, au Bon patient. Cette recommandation vaut pour tous les professionnels de santé qui prescrivent et administrent des

médicaments. A cette règle des 5 B s'ajoutent deux recommandations supplémentaires : la bonne documentation et le droit pour un membre du personnel, un patient ou un membre de son entourage de remettre en question une ordonnance.

Communiquer clairement 33

Il est important de ne pas oublier que l'utilisation sans danger des médicaments se fait en équipe et que le patient en est un membre à part entière. Une communication claire, sans ambiguïté, contribuera à minimiser les présupposés susceptibles d'entraîner des erreurs. Lors de toute communication en rapport avec les médicaments, il est important de garder en mémoire la maxime suivante : *rappeler l'évidence* car, bien souvent, ce qui semble évident à un médecin ou un pharmacien ne l'est pas pour un patient ou un(e) infirmier(ère) et inversement.

Une écriture illisible peut mener à des erreurs de dispensation des médicaments. Les professionnels de santé doivent écrire de manière claire et lisible, et préciser leur nom et leurs coordonnées. Lorsqu'un pharmacien n'arrive pas à lire une ordonnance, il devrait contacter la personne qui l'a rédigée afin d'en vérifier le contenu.

Ne pas oublier que la règle des 5 B (décrite ci-dessus) est un bon moyen de se rappeler les éléments importants à communiquer sur un médicament. Par exemple, en cas d'urgence, il peut arriver qu'un médecin demande oralement à une infirmière d'administrer un médicament. Il est alors préférable qu'il dise « pouvez-vous donner à ce patient 0,3 ml d'épinéphrine 1/1000 dès que possible, s'il vous plaît », plutôt que « vite, de l'adrénaline ».

Une autre stratégie de communication utile consiste à *fermer la boucle de communication* (communication bidirectionnelle). Cela limite le risque de malentendu. Dans notre exemple, l'infirmière fermerait la boucle en répondant : « d'accord, je vais donner 0,3 ml d'épinéphrine 1/1000 au patient dès que possible ».

Prendre l'habitude de vérifier 34 35

Il est utile de prendre l'habitude de procéder à des vérifications dès le début de sa carrière. Pour que ce soit le cas, des habitudes de vérification doivent être enseignées pendant les études. Par exemple, il convient de toujours lire l'étiquette sur l'ampoule avant de donner un médicament. Si la vérification entre dans les habitudes, il est plus probable que le clinicien le fasse mécaniquement même sans y réfléchir.

La vérification devrait constituer un élément important de la prescription, de la dispensation et de l'administration des médicaments. Vous êtes responsable de chaque ordonnance que vous rédigez et de chaque médicament que vous dispensez ou administrez. Vérification de l'application de la règle des 5 B et des allergies. Les médicaments et les situations à haut risque requièrent une vigilance accrue, et nécessitent une double vérification, par exemple, en cas d'utilisation de médicaments d'urgence très puissants pour traiter un patient en état critique. La double vérification des actions de ses confrères et de ses propres actions contribue à un travail d'équipe efficace et constitue un garde-fou supplémentaire. (Néanmoins, il est très important que chacun commence par vérifier son propre travail, car déléguer la vérification peut conduire à des erreurs.)

Ne pas oublier que les prescriptions informatisées ne dispensent pas de la vérification. Les systèmes informatisés résolvent certains problèmes (tels que l'écriture illisible, la confusion entre nom générique et appellation commerciale, l'identification des interactions médicamenteuses), mais ils posent un certain nombre de nouveaux défis [8].

Quelques maximes utiles en matière de vérification :

- les médicaments sans étiquettes vont à la poubelle ;
- ne jamais administrer un médicament sans être sûr à 100 % de quoi il s'agit.

Encourager les patients à s'impliquer 36 activement dans leurs soins et le processus d'utilisation des médicaments. Éduquer les patients sur leur traitement médicamenteux et tout facteur de risque associé. Communiquer les plans de traitement clairement aux patients. Garder en mémoire que les patients et leurs familles feront tout pour éviter les problèmes. S'ils sont informés du rôle important qu'ils jouent dans le processus d'utilisation des médicaments, ils peuvent contribuer de manière significative à en améliorer la sécurité.
Les informations fournies peuvent être à la fois verbales et écrites et devraient couvrir les points suivants :

- le nom générique du médicament ;
- le but et l'action du médicament ;
- la dose, la voie et le calendrier d'administration ;
- les instructions, recommandations et précautions spécifiques ;
- les interactions et effets secondaires courants ;
- comment les effets du médicament seront surveillés (efficacité, effets secondaires, etc.).

Encourager les patients à consigner par écrit la liste des médicaments qu'ils prennent et des informations détaillées sur toute allergie ou tout problème qu'ils ont eu(e) après avoir utilisé des médicaments dans le passé. Ils devraient présenter cette liste lors de chaque prise en charge ou interaction avec le système de santé.

Déclarer les erreurs et en tirer des enseignements 37

En apprendre plus sur la façon dont les erreurs médicamenteuses surviennent et les raisons pour lesquelles elles se produisent est fondamental pour améliorer la sécurité des médicaments. Chaque événement indésirable médicamenteux ou presque-

accident offre la possibilité de tirer des enseignements et d'améliorer les soins. Il sera utile pour les étudiants de comprendre l'importance de parler ouvertement des erreurs et de prendre conscience des processus en place dans leurs programmes de formation ou dans les établissements où ils travaillent pour optimiser l'apprentissage à partir des erreurs et les progrès réalisés en faveur de la sécurité des médicaments.

Un climat de confiance et de respect entre professionnels de santé contribue à faciliter la déclaration des erreurs. Ainsi, les pharmaciens sont plus enclins à déclarer et à expliquer des presque-accidents lorsque les prescripteurs sont disposés à écouter leurs explications.

Des compétences pratiques sûres pour les étudiants

Bien que les étudiants ne soient généralement pas autorisés à prescrire ou administrer des médicaments avant d'avoir obtenu leur diplôme, ils peuvent néanmoins se familiariser avec de nombreux aspects de la sécurité des médicaments et commencer à les mettre en pratique. On espère que la liste d'activités suivante pourra être appliquée à différents stades tout au long de la formation d'un étudiant. Chaque tâche pourrait servir de base à une session de formation importante (exposé, atelier, tutoriel). Une session d'introduction à la sécurité des médicaments ne suffira pas à couvrir ces sujets de manière approfondie.

Comprendre les facteurs de risque inhérents à l'utilisation des médicaments influencera considérablement la manière d'agir du clinicien au quotidien. Voici les instructions qu'un clinicien soucieux de la sécurité devrait suivre pour réaliser différentes tâches.

Prescription

Respecter la règle des 5 B, bien connaître les médicaments que l'on prescrit et adapter ses décisions de traitement à chaque patient. Examiner les facteurs individuels propres au patient susceptibles d'affecter le choix ou la dose de médicament, éviter l'utilisation de médicaments lorsque cela n'est pas nécessaire et examiner le rapport bénéfice–risque.

Documentation

La documentation devrait être claire, lisible, sans ambiguïté. Les personnes ayant du mal à écrire lisiblement devraient taper leurs ordonnances et les imprimer. Envisager d'utiliser la prescription électronique si elle est disponible. Inclure le nom du patient, le nom du médicament et la dose, la voie, le moment et le calendrier d'administration dans la documentation. Il est également important de noter les coordonnées du clinicien prescripteur afin de faciliter la communication entre ce dernier et le pharmacien.

Utiliser des aide-mémoire

Vérifier les données au moindre doute, savoir comment choisir des aide-mémoire, rechercher et utiliser des solutions techniques efficaces, s'il y en a.

Travail d'équipe et communication concernant l'utilisation des médicaments

Se rappeler que l'utilisation des médicaments est un travail d'équipe. Communiquer avec les autres personnes impliquées dans le processus et veiller à ce que personne ne se fonde sur des hypothèses erronées. Etre à l'affût des erreurs et encourager le reste de l'équipe à faire attention à ses propres actions et à celles des autres.

Administrer les médicaments

Connaître les facteurs de risque et les mesures de précaution de sécurité associés à l'administration de médicaments par différentes voies–orale, sublinguale, buccale, inhalée, nébulisée, transdermique, sous-cutanée, intramusculaire, intraveineuse, intrathécale, rectale, vaginale. Appliquer la règle des 5 B chaque fois que l'on administre un médicament.

Impliquer les patients dans leurs traitements médicamenteux et les éduquer

Rechercher des occasions et des méthodes pour aider les patients et leur entourage à contribuer à minimiser les erreurs. Écouter attentivement ce qu'ils ont à dire.

Apprendre les calculs liés aux posologies des médicaments et s'y exercer

Savoir comment manipuler les unités et ajuster les volumes, les concentrations et les doses. S'exercer à calculer les ajustements en fonction des paramètres cliniques. Étudier différentes manières de réduire le risque d'erreurs de calcul dans les situations de stress intense et/ou à haut risque, par exemple en utilisant une calculatrice, en évitant de calculer de tête (utiliser plutôt du papier et un stylo), en demandant à un collègue de faire le même calcul pour voir si les résultats correspondent ou en utilisant toute autre technique disponible. Lors de la dispensation de médicaments, il est important de toujours vérifier la dose calculée.

Réaliser un interrogatoire sur l'historique médicamenteux

Toujours réaliser un interrogatoire complet sur l'historique médicamenteux avant de prescrire un médicament et réexaminer régulièrement la liste des médicaments des patients, en particulier chez les patients polymédiqués. Arrêter tous les médicaments non nécessaires. Toujours considérer les médicaments comme une cause possible des symptômes lors du processus de diagnostic. Lorsqu'un patient ne peut pas répondre à l'interrogatoire sur son historique médicamenteux (s'il est inconscient, par exemple), son pharmacien ou son médecin généraliste pourrait fournir les informations recherchées. Dans certains cas, l'historique des médicaments peut être réalisé par un pharmacien avant que le patient ne voit un médecin.

Détecter et réduire les éventuelles interactions et/ou contre-indications

Réaliser un interrogatoire sur les antécédents d'allergie
Demander systématiquement au patient s'il a des antécédents d'allergie avant de prescrire un médicament. Si un patient a déjà présenté une allergie médicamenteuse grave, se demander si quelqu'un risque de lui prescrire ce médicament. Prenons un exemple : si un médecin généraliste envoie un patient à l'hôpital pour une suspicion d'appendicite, il est possible que l'on envisage un traitement par pénicilline à l'hôpital. Si le patient en question présente une allergie grave à la pénicilline, il est important de souligner cette allergie dans toute communication avec le personnel hospitalier, de prévenir le patient que le traitement habituel de l'appendicite inclut une antibiothérapie par pénicilline et de l'encourager à faire attention aux médicaments qu'on lui donne et à réagir si quelqu'un essaie de lui administrer de la pénicilline. Le risque d'allergie croisée devrait également être mentionné. Il est aussi important que les professionnels de santé interrogent le patient sur ses allergies avant d'administrer tout médicament.

Surveiller les effets secondaires chez les patients
Connaître les effets secondaires des médicaments que l'on prescrit/dispense/administre et les surveiller attentivement. Éduquer les patients aux effets secondaires potentiels afin qu'ils sachent les reconnaître et comment agir s'ils apparaissent. Toujours considérer les effets secondaires des médicaments comme faisant partie du diagnostic différentiel lors de l'examen de patients présentant des problèmes cliniques indifférenciés.

Apprendre à partir des erreurs médicamenteuses et des presque-accidents.
Tirer des enseignements des erreurs grâce aux techniques d'enquête et de résolution des problèmes. Si une erreur s'est produite une fois, elle peut se reproduire. Étudier les stratégies visant à prévenir la récurrence des erreurs aussi bien au niveau du professionnel lui-même qu'au niveau de l'organisation. Savoir comment déclarer les erreurs, les effets indésirables et les événements indésirables associés à des médicaments. Les pharmaciens pourraient envisager d'organiser des réunions pluridisciplinaires visant à discuter des erreurs fréquentes et à identifier les méthodes et procédures permettant de les éviter (exclure les médicaments aux noms de consonances similaires de la liste des médicaments de l'hôpital, par exemple).

Résumé

Les médicaments peuvent améliorer considérablement la santé lorsqu'ils sont utilisés correctement et à bon escient. Mais les erreurs de médicament sont fréquentes et sont à l'origine de souffrances humaines et de surcoûts financiers évitables. N'oubliez pas qu'utiliser un médicament pour aider les patients n'est pas sans risque. Soyez conscients de vos responsabilités et assurez-vous de rendre l'utilisation des médicaments plus sûre pour vos patients.

Stratégies et formats d'enseignement

Différentes stratégies peuvent être employées pour enseigner la sécurité des médicaments aux étudiants, mais l'utilisation combinée de plusieurs approches sera probablement la plus efficace.

L'enseignement peut prendre la forme d'exposés interactifs, de discussions en petits groupes, d'un apprentissage basé sur la résolution de problèmes, d'ateliers pratiques, de tutoriels, de projets incluant des tâches à réaliser dans l'environnement clinique ou au chevet du patient, des modules d'apprentissage en ligne, des lectures et des analyses de cas.

Exposé et/ou discussion de groupe
La présentation PowerPoint jointe à ce module peut être utilisée comme exposé d'introduction interactif sur la sécurité des médicaments ou dans le cadre d'une discussion en petits groupes animée par un formateur. Elle peut être facilement modifiée pour la rendre plus ou moins interactive et adaptée à votre milieu clinique en incluant des exemples, des problématiques et des organisations locales. Des questions sont posées au fil de la présentation pour encourager les étudiants à s'impliquer activement dans le module. De courtes présentations de cas accompagnées de questions-réponses sont également fournies et pourront être incluses dans l'exposé ou présentées aux étudiants dans le cadre d'un exercice séparé.

D'autres méthodes pédagogiques et idées utiles pour enseigner la sécurité des médicaments sont présentées ci-dessous.

Apprentissage basé sur la résolution de problèmes
Utilisez des exemples de cas qui soulèvent des problèmes liés à la sécurité des médicaments. Les étudiants peuvent être interrogés après avoir entendu et réfléchi à la présentation d'un cas. Il est également possible de leur demander de résoudre une série de problèmes de calcul de doses et concentrations de médicaments.

Autres activités d'enseignement et d'apprentissage

– Ateliers pratiques
Les étudiants peuvent mettre en pratique leurs compétences sous le stress de situations d'urgence simulées. Les ateliers pourraient porter sur l'administration de médicaments, la prescription et les calculs.

– Projet

Dans le cadre d'un projet, les étudiants peuvent se voir confier l'une ou la totalité des missions suivantes :

- s'entretenir avec des pharmaciens afin d'identifier quelles sont les erreurs qu'ils rencontrent le plus souvent ;
- accompagner un(e) infirmier(ère) lors d'une tournée de médicaments ;
- interroger des infirmier(ère)s et des médecins qui administrent beaucoup de médicaments (des anesthésistes par exemple) sur leurs expériences et connaissances en rapport avec les erreurs médicamenteuses et leur demander quelles stratégies ils appliquent pour limiter le risque d'erreur ;
- étudier un médicament connu comme étant une cause courante d'événements indésirables et en présenter les résultats aux autres étudiants ;
- préparer une liste personnelle de médicaments qu'ils seront probablement amenés à prescrire souvent dans leurs premières années d'exercice ;
- réaliser un interrogatoire complet sur l'historique médicamenteux d'un patient polymédiqué. Réaliser un travail personnel afin d'en savoir plus sur chacun de ces médicaments, examiner les interactions médicamenteuses et les effets secondaires potentiels et se demander si certains de ces médicaments pourraient être arrêtés. Discuter de leurs réflexions avec un pharmacien ou un médecin et faire part de ce qu'ils ont appris aux autres étudiants ;
- chercher ce que l'on entend par *conciliation des traitements médicamenteux* et discuter avec le personnel hospitalier afin d'identifier la procédure en vigueur en la matière dans leur établissement. Observer les processus à l'admission et à la sortie d'un patient et, si possible, y participer. Réfléchir à la manière dont ils contribuent à prévenir les erreurs et s'ils comportent des lacunes ou problèmes.

Exercices de jeux de rôles

Les exercices de jeux de rôles constituent un autre outil pédagogique utile pour enseigner la sécurité des médicaments aux étudiants.

Scénario I : administration par erreur de médicaments

Description de l'événement

Au début de la rotation du matin, l'infirmière de service a administré 100 unités d'insuline ordinaire par voie sous-cutanée, au lieu des 10 unités figurant sur l'ordonnance du médecin. L'erreur était due à l'écriture illisible du médecin.

Le patient, atteint de démence, n'était pas coopératif et semblait endormi. Lors de la visite de contrôle habituelle, l'infirmière a constaté l'absence totale de réponse du patient. Un test sanguin a confirmé qu'il était en état de choc hypoglycémique. Le médecin de garde a été appelé et l'erreur découverte.

Le patient a été traité par une perfusion de glucose à 50 % par voie IV. Un chariot d'urgence a été emmené dans la chambre du patient, afin qu'il soit disponible immédiatement en cas de besoin. Le patient a récupéré en quelques minutes, s'est réveillé et a repris son comportement habituel.

Jeux de rôles

Plus tard ce matin-là, le fils du patient, avocat, est venu rendre visite à son père. D'un air agité, il s'est rendu auprès de l'infirmière pour lui demander : « qu'est-il arrivé à mon père ? » Le voisin de chambre de son père lui avait dit qu'il y avait eu un problème et que beaucoup de monde était venu au chevet de son père tôt le matin. L'infirmière qui avait administré l'insuline a été appelée pour parler au fils du patient.

Si elle lui explique comment l'événement s'est produit, admet sa responsabilité et son erreur, cela n'apaisera pas le fils du patient qui répondra : « Est-ce cela le niveau de soins que mon père a reçu ? », « quelle sorte d'infirmières travaille dans ce service ?», « je ne laisserai pas cela passer comme ça. Je vais réagir ! », « je veux voir le médecin chef immédiatement », « je demande à voir le rapport sur cet événement ! » Si l'infirmière ne lui explique pas précisément l'erreur, le fils du patient s'énervera rapidement et n'acceptera plus d'explication par la suite.

Un médecin qui passe par là entend par hasard la conversation. Il entre dans la pièce si l'acteur le lui demande. S'il ne le fait pas, il entrera dans la pièce après 8 minutes environ (sur un scénario de 12 minutes). Le médecin entre dans la pièce et demande sur quoi porte la conversation. L'infirmière lui explique ce qui s'est passé le matin et sa conversation avec le fils du patient (en présence de ce dernier ou non, selon le choix du médecin et de l'infirmière).

Description du personnage

Le fils, 45 ans, est avocat et présente bien. Il rend visite à son père dès qu'il le peut. Il s'intéresse à tout ce qui le concerne, mais a du mal à accepter son nouvel état de santé. Il se sent perdu, tenu à l'écart et assez triste. Il veut vraiment aider mais ne sait pas comment. Une conversation avec l'assistante sociale révèle qu'il n'avait jamais eu besoin de s'occuper de son père auparavant, mais que depuis que sa mère a fait une chute et s'est cassé la jambe et que la santé de son père a commencé à décliner, il doit assumer seul la charge des soins pour ses deux parents.

Conseils pour les acteurs

L'acteur doit se plaindre au médecin chef d'une omission et d'une tentative de dissimulation des faits et menacer de faire une mauvaise publicité à l'établissement (en s'adressant à la presse) (par exemple : « vous avez failli le tuer ! Vous avez eu beaucoup de chance que cela ne se soit pas fini ainsi ! »)

Scénario II : Décès dû à une erreur de soins médicaux

Description de l'événement
Sarah, une femme de 42 ans, a été admise pour la résection d'une tumeur duodénale maligne non métastatique localisée.

Hormis cette tumeur, elle était en bonne santé, et n'avait aucun antécédent familial de maladie maligne. Elle avait donné son consentement à l'intervention chirurgicale et à tout autre traitement jugé nécessaire ensuite en fonction des résultats d'anatomopathologie.

Le matin de l'intervention, la patiente a dit au revoir à son mari et à ses deux jeunes enfants (de 8 et 13 ans). Une petite masse localisée a été réséquée en totalité. Elle a été envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique pour diagnostic. Deux heures après le début de l'intervention chirurgicale, la patiente a présenté des signes de désaturation, de tachycardie et d'hypotension. Elle a reçu des liquides en IV, tandis que le chirurgien revérifiait le site de résection à la recherche de signes d'hémorragie, de déchirure ou d'embolie. N'ayant rien trouvé, il a fermé l'abdomen conformément au protocole.

De retour dans le service, la patiente a rapidement développé une fièvre élevée, qui n'a pas baissé pendant une semaine. Une antibiothérapie lui a été prescrite. L'ordonnance mentionnait :

IV. Gentamicine 80 MGR X 3 P/D

L'infirmière a copié la prescription suivante :
IV. Gentamicine 80 MGR X 3 P/DOSE

L'infirmière qui a recopié la prescription a pensé que la lettre « D » signifiait « dose », alors que le médecin qui a rédigé l'ordonnance voulait en réalité dire « jour » (day en anglais). Les 10 jours suivants, la patiente a reçu 240 mg de gentamicine, trois fois par jour.

Pendant cette période, elle a commencé à présenter des signes d'insuffisance rénale et de troubles de l'audition. Le 10ème jour, l'infirmière en chef a découvert l'erreur alors qu'elle faisait le point sur les médicaments administrés. Le traitement a été arrêté, mais l'état général de la patiente s'est détérioré à cause d'une insuffisance rénale aiguë. Elle est décédée 10 jours plus tard d'une défaillance multiviscérale.

La famille de la patiente s'était montrée critique envers le travail des infirmier(ère)s tout au long de son hospitalisation, les accusant de faute professionnelle. Elle a fait part de sa colère à l'infirmière en chef et au chef de service.

Après le décès de la patiente, son mari a demandé à parler à l'infirmière en chef. Il a accusé les infirmier(ère)s de l'erreur et d'une faute professionnelle ayant abouti au décès de sa femme. Il a affirmé savoir qui était l'infirmière qui avait mal copié l'ordonnance et a menacé de la poursuivre en justice.

Description du personnage
Le mari de la patiente est un homme travailleur salarié dans un magasin. Il a du mal à subvenir aux besoins de sa famille et les fins de mois sont difficiles. C'est un homme en colère et anxieux qui n'a pas encore accepté le diagnostic de cancer de sa femme. Il en veut à tout le monde et en particulier au personnel infirmier depuis que sa femme lui a dit avoir reçu « trop d'antibiotiques car l'infirmière ne savait pas compter ». Il veut savoir ce qui a tué sa femme, à qui revient la faute et qui va payer pour cela. Il veut que la direction de l'hôpital intervienne et veut de l'aide pour ses enfants. Il est très en colère et crie beaucoup.

Scénario III ; Communication patient–professionnel de santé

Description de l'événement
Kirk, 54 ans, a été admis pour des douleurs thoraciques transitoires. Il avait été hospitalisé précédemment en USI pour des événements coronariens aigus. Cette fois-ci, les résultats des tests préliminaires se sont révélés non concluants et sa douleur n'était pas aussi sévère. Le médecin a prescrit un repos complet et un monitorage cardiaque continu pendant 48 heures. Kirk est un gros fumeur et est en surpoids. Il n'a pas pris les médicaments prescrits pour réguler son hypertension artérielle et son hypercholestérolémie.

Il demande à sortir immédiatement. Il a peur de perdre son emploi chez un fabricant automobile à cause de cette hospitalisation.

Il se met en colère contre l'infirmière responsable de la garde du soir. Il affirme qu'on lui a promis qu'il pourrait sortir et qu'il n'a pas besoin de rester sous monitorage ni de repos total. Il ne se montre pas du tout coopératif. Il a déjà convaincu une autre infirmière de le laisser quitter le service pour un court moment. Maintenant, il exige de quitter à nouveau le service et refuse de rester dans sa chambre. Il demande à fumer et veut sortir de l'hôpital. Il est en colère et crie au bureau des infirmières.

Si l'infirmière responsable insiste pour qu'il reste dans le service, le patient l'accusera d'être insensible et affirmera que l'autre infirmière était plus gentille, plus empathique et compréhensive.

Le médecin de garde n'est pas loin mais n'intervient pas et continue à s'occuper d'autres patients (dont certains sont à proximité du bureau des infirmières où se déroule l'événement).

Description du personnage
Kirk est en surpoids et est un gros fumeur. Il aime attirer l'attention en criant. Il est très inquiet à l'idée de ne pas pouvoir travailler autant qu'avant et d'être licencié. Il a très peur d'une opération, car son meilleur ami est mort sur la table d'opération deux ans plus tôt dans le même hôpital.

Source : Ces scénarios ont été fournis par Amitai Ziv, The Israel Center for Medical Simulation, Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israël.

Présentations de cas

Erreur de prescription 43 44 45 46

Cette présentation illustre l'importance de réaliser un interrogatoire complet et précis sur l'historique médicamenteux.

Un homme de 74 ans a consulté un médecin généraliste pour un angor stable d'apparition récente. Le médecin n'avait jamais vu ce patient auparavant ; l'interrogatoire réalisé a porté sur les antécédents et l'historique médicamenteux. Il a découvert que le patient était en bonne santé et ne prenait que des médicaments pour des céphalées. Le patient ne se rappelait pas le nom du médicament contre les maux de tête. Le médecin a supposé qu'il s'agissait d'un analgésique que le patient prenait lorsqu'il avait des céphalées. Mais c'était en réalité d'un bêta-bloquant qu'il prenait tous les jours pour traiter ses migraines. Un autre médecin le lui avait prescrit. Le médecin a mis le patient sous aspirine et un autre bêta-bloquant pour traiter son angor. Après avoir commencé le nouveau médicament, le patient a développé une bradycardie et une hypotension posturale. Le patient a fait une chute trois jours plus tard provoquée par des vertiges en se levant et s'est fracturé la hanche.

Questions
– Les erreurs médicamenteuses sont-elles fréquentes ?

– Comment pourrait-on les éviter ?

– Les patients ont-ils un rôle à jouer dans la prévention des erreurs ?

Source : WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Geneva, World Health Organization, 2009:242-243.

Erreur d'administration 47 48 49 50

Ce cas témoigne de l'importance des procédures de vérification lors de l'administration de médicaments et de la bonne communication entre les membres d'une équipe. Elle montre aussi qu'il est essentiel de conserver tous les produits dans des contenants correctement étiquetés.

Une femme de 38 ans est arrivée à l'hôpital, présentant depuis 20 minutes une éruption cutanée rouge accompagnée de démangeaisons et un gonflement du visage. Elle avait des antécédents de réactions allergiques graves. Une infirmière a préparé 10 ml d'adrénaline (épinéphrine) à 1:10 000 dans une seringue de 10 ml (1 mg au total) et l'a laissée, prête à être administrée, au chevet de la patiente, juste au cas où le médecin demandait d'en administrer. Pendant ce temps, le médecin a inséré une aiguille IV en vue de perfusion. Il a vu la seringue de 10 ml de liquide clair que l'infirmière avait préparée et a supposé qu'il s'agissait d'une solution saline normale. Il n'y avait aucune communication à ce moment-là entre le médecin et l'infirmière.

Le médecin a administré les 10 ml d'adrénaline (épinéphrine) par la voie IV, pensant qu'il utilisait une solution saline pour rincer la ligne. La patiente s'est soudainement senti très mal et anxieuse. Elle est devenue tachycarde puis a perdu connaissance et n'avait plus de pouls. Une tachycardie ventriculaire a été diagnostiquée. Elle a été réanimée et, heureusement, s'est bien rétablie. La dose recommandée d'adrénaline (épinéphrine) en cas d'anaphylaxie est de 0,3 à 0,5 mg par voie IM. Cette femme en a reçu 1 mg par voie IV.

Discussion
– Quels facteurs pourraient être associés à cet événement indésirable ?

– Comment le fonctionnement de l'équipe aurait-il pu être amélioré ?

Source : WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Geneva, World Health Organization, 2009:242-243.

Erreur de surveillance 51 52 53 54 55

Cette présentation de cas montre l'importance de discuter avec les patients de leurs médicaments Il faudrait toujours indiquer aux patients pendant combien de temps ils devraient continuer à prendre les médicaments qui leur sont prescrits. Ce cas illustre également l'importance de réaliser un interrogatoire complet et précis sur l'historique médicamenteux afin d'éviter les résultats négatifs.

Un patient a été mis sous anticoagulants oraux à l'hôpital pour traiter une thrombose veineuse profonde consécutive à une fracture de la cheville. La durée de traitement prévue était de trois à six mois. Mais ni le patient ni le médecin généraliste n'ont été informés de cette durée. Le patient a continué à prendre ce médicament pendant plusieurs années, et a ainsi été exposé à un risque accru d'hémorragie associé à ce médicament alors que ce n'était pas nécessaire. A un moment, une antibiothérapie lui a été prescrite pour une infection dentaire. Neuf jours après avoir commencé l'antibiotique, le patient s'est senti mal, a présenté des maux de dos et une hypotension, résultant d'une hémorragie rétropéritonéale spontanée. Il a dû être hospitalisé et transfusé. Un test de coagulation sanguine a révélé un INR très élevé : l'antibiotique avait potentialisé l'effet thérapeutique de l'anticoagulant.

Questions

– Quels sont les principaux facteurs associés à cet événement indésirable ?
– Comment l'événement indésirable aurait-il pu être évité ?

Source : WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Geneva, World Health Organization, 2009:242-243.

Erreur de prescription ayant conduit à des effets indésirables

Dans ce cas, un dentiste a sous-estimé l'état d'immunodéficience systémique du patient et, par conséquent, n'a pas pris les mesures adéquates pour prévenir les effets indésirables d'antiobiotiques systémiques.

Un homme de 42 ans, séropositif au VIH, a consulté un dentiste pour des soins dentaires incluant le traitement du canal radiculaire, d'une maladie des gencives et l'extraction d'une dent atteinte de carie sévère.

Après avoir interrogé le patient sur ses antécédents dentaires et médicaux, le dentiste a décidé que son état médical était stable et a prescrit une antibioprophylaxie avant de réaliser tout soin dentaire. Lors de la seconde consultation, à l'examen de la cavité buccale, le dentiste a constaté que le patient avait développé des lésions ressemblant à une infection fongique (*Candida*).

En examinant l'état systémique du patient, il s'est rendu compte qu'il n'avait pas prêté suffisamment attention au risque accru d'infection fongique en cas d'antibiothérapie systémique chez les personnes VIH/sida positives et qu'il avait oublié de prescrire les antifongiques appropriés en association avec les antibiotiques en prévention de ces lésions. De plus, il a réalisé être parti du principe que le patient était stable sans avoir consulté son médecin traitant.

Il avait donc sous-estimé l'état d'immunodéficience du patient. Il l'a orienté vers son médecin traitant pour soigner les lésions fongiques buccales et le patient a reçu le traitement adéquat. Les soins dentaires du patient ont été repoussés jusqu'à ce que son état de santé systémique et bucco-dentaire soit jugé approprié.

Questions

– Quels facteurs ont pu influencer le dentiste à planifier le traitement initial sans en informer le médecin traitant ?

– Quels facteurs ont pu conduire le dentiste à sous-estimer l'état d'immunodéficience du patient ?

– Quels facteurs ont pu conduire le dentiste à ne pas prescrire des antifongiques en association avec l'antiobiothérapie systémique chez ce patient séropositif au VIH ?

Source : cas fourni par Nermin Yamalik, Professeur, département de parodontologie, faculté de médecine dentaire, université Hacettepe, Ankara, Turquie.

La communication entre professionnels de santé et patients est essentielle

Dans ce cas, un pharmacien, ayant pris conscience qu'une patiente ne comprenait pas les interactions médicamenteuses, a pris le temps de lui présenter chacun des médicaments qu'elle prenait et de lui expliquer comment les utiliser correctement.

Mary est une femme de 81 ans présentant des douleurs chroniques dues à des maux de dos sévères liés notamment à l'ostéoporose, une maladie coronarienne et une dépression découlant de ses douleurs constantes et d'un manque de confiance à l'égard des médicaments qu'elle doit prendre. Ces derniers lui ont été prescrits par son neurologue, son endocrinologue, deux médecins généralistes et un rhumatologue. Au total, 18 médicaments lui ont été prescrits. Nombre d'entre eux visent à traiter la douleur. Elle a eu une gastrite (inflammation de la paroi de l'estomac) à cause de la quantité d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) qu'elle prenait. Cela l'a rendue méfiante envers les analgésiques, qu'elle prenait de temps en temps. Mary s'est rendue dans plusieurs pharmacies pour acheter différents médicaments antidouleurs (paracétamol, ibuprofène, etc.).

Elle s'inquiétait de la gastrotoxicité des analgésiques qu'elle prenait. Elle les prenait parfois tous, ainsi que des médicaments délivrés sans ordonnance en pharmacie. Malgré cela, elle ne se sentait pas mieux. Mary avait peur des effets indésirables du tramadol et ne le prenait pas régulièrement. Pour soulager ses douleurs intenses, elle utilisait du paracétamol, mais il n'avait que peu d'effet. Elle n'a pas constaté non plus d'amélioration avec l'antidépresseur citalopram, même après une semaine d'utilisation régulière ; elle a utilisé ce médicament occasionnellement ensuite. L'encadré B.11.1 dresse la liste de tous les médicaments pris par Mary.

Un pharmacien, réalisant que Mary ne comprenait pas les interactions entre ses médicaments, a pris le temps de lui présenter les médicaments et de lui expliquer comment les utiliser. Il a discuté avec elle de sa mauvaise utilisation concomitante de plusieurs AINS, et a notamment insisté sur :

- l'utilisation appropriée du métamizol avec des doses plus élevées de paracétamol si elle n'avait pas de problème hépatique ;
- les conseils pour évaluer les effets du citalopram après un mois de traitement ;
- l'importance d'informer ses différents médecins des médicaments qu'elle prenait et de leur expliquer ses antécédents médicaux ;
- la nécessité d'évaluer les interactions médicamenteuses afin de minimiser le risque d'effets indésirables ;

Encadré B.11.1. Liste des médicaments de la patiente

Neurologue :
Gabapentine
tramadol + paracétamol (antidouleur)
acide tiaprofénique (antidouleur)

médicaments en vente libre avec paracétamol (antidouleurs)

Endocrinologue :
lévothyroxine
oméprazole
cholécalciférol + Ca + Zn + Mn
cholécalciférol
atorvastatine
ranélate de strontium
diclofénac (antidouleur)

Médecins généralistes :
citalopram
bromazépam (contre les phobies)
nimésulide (antidouleur)
tramadol (antidouleur)
métamizol (antidouleur)
métoprolol
indobufène

Rhumatologue :
méloxicam (antidouleur)

- la nécessité d'examiner les contre-indications et d'utiliser les médicaments délivrés sans ordonnance de manière appropriée.

A sa seconde visite chez le pharmacien, Mary était satisfaite de sa gestion de la douleur.

Questions
– Quelles erreurs de communication ont pu conduire Mary à mal utiliser ses médicaments ?

– Quels sont les problèmes associés à un échange d'informations incomplètes et inadéquates entre professionnels de santé ?

– Tous les patients devraient-ils être éduqués au bon usage de leurs médicaments ?

– Quels mécanismes pourraient être instaurés pour garantir que chaque professionnel de santé sache quels médicaments ont été prescrits et sont pris par les patients ?
– Quelle est la responsabilité du professionnel de santé qui prescrit ou délivre des médicaments aux patients ?

– Dans quelle mesure les pharmaciens sont-ils responsables de fournir des conseils sur l'utilisation des médicaments délivrés sans ordonnance ? Quel devrait être l'algorithme pour optimiser les effets bénéfiques des médicaments en vente libre et limiter les risques potentiels ?

Source : Jiri Vlcek, professeur de pharmacie clinique et de soins pharmaceutiques.
Pharmacien clinique au sein du département interne du centre hospitalier universitaire de Hradec Kralove université Charles, Prague, faculté de pharmacie, département de pharmacie clinique et sociale.

Outils et ressources documentaires

Solutions pour la sécurité des patients de l'OMS
Il s'agit de documents de synthèse présentant des solutions aux problèmes de sécurité des patients. Plusieurs d'entre eux couvrent des problématiques liées aux médicaments.

Solution 1 – Médicaments dont l'aspect et la consonance du nom sont similaires.
Solution 5 – Contrôle des solutions d'électrolytes concentrées.
Solution 6 – Garantir la précision des traitements en cours lors des transmissions des soins.
Solution 7 – Éviter les mauvais branchements de cathéters et connections de tuyaux.
Solution 8 – Seringues à usage unique.
Ces documents sont accessibles en ligne, en anglais (http://www.who.int/patientsafety/solutions/en/ ; consultés le 21 février 2011).

Autres références en ligne
L'Agency for Healthcare Research and Quality (United States Department of Health and Human Services, Rockville, MD) tient des archives de cas en ligne pouvant être utilisées comme source d'études de cas utiles pour votre enseignement (http://www.webmm.ahrq.gov). D'autres références utiles sur Internet comprennent les sites de l'Institute for Safe Medication Practices (Horsham, PA) (http://www.ismp.org) et de la National Patient Safety Agency (http://www.npsa.nhs.uk).

DVD pédagogiques
Beyond Blame, documentaire. Ce DVD d'une durée de 10 minutes est une bonne entrée en matière pour sensibiliser les étudiants à la question de la sécurité des médicaments. Un médecin, une infirmière et un pharmacien parlent d'erreurs médicamenteuses graves dans lesquelles ils ont été impliqués. Ce DVD

peut être acheté auprès de l'Institute for Safe Medication Practices (http://www.ismp.org ; consulté le 21 février 2011).

L'atelier *Learning from Error* de l'OMS inclut une présentation DVD d'une erreur médicale– l'administration de vincristine par voie intrathécale. Le DVD illustre la nature multifactorielle de l'erreur.

Ouvrages

Vicente K. *The human factor*. London, Routledge, 2004:195–229.

Cooper N, Forrest K, Cramp P. *Essential guide to generic skills*. Oxford, Blackwell Publishing Ltd, 2008.

Institute of Medicine. *Preventing medication errors: quality chasm series*. Washington, DC, National Academies Press, 2006 (http://www.iom.edu/?id=35961 ; consulté le 21 février 2011).

Évaluation des connaissances de ce module

Différentes méthodes peuvent être utilisées pour évaluer les connaissances sur la sécurité des médicaments et les performances dans ce domaine, dont :

- les QCM ;
- des quiz de calculs de posologies médicamenteuses ;
- les questions à réponse courte ;
- les dissertations sur une étude de cas impliquant une erreur médicamenteuse, visant à identifier les facteurs contributifs et à réfléchir à des stratégies permettant d'en prévenir la récurrence ;
- des projets incluant un travail de réflexion sur les résultats de l'apprentissage de l'activité ;
- des stations ECOS - Examen Clinique Objectif Structuré.

Les simulations en stations ECOS pourraient inclure des exercices de prescription/de dispensation/d'administration. Elles peuvent être utilisées pour évaluer les capacités des étudiants à réaliser un interrogatoire sur l'historique médicamenteux et ses antécédents allergiques, à administrer un médicament, à respecter la règle des 5 B et à vérifier les allergies ; et à éduquer un patient à un nouveau médicament.

Veuillez noter que plusieurs de ces sujets d'évaluation potentiels ne sont pas couverts de manière détaillée dans la présentation PowerPoint ci-jointe. Ce sont des pistes d'évaluation dans le domaine de la sécurité des médicaments, en supposant que les étudiants aient suivi une formation supplémentaire sur ces aspects spécifiques de la sécurité des médicaments.

Évaluation de l'enseignement de ce module

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

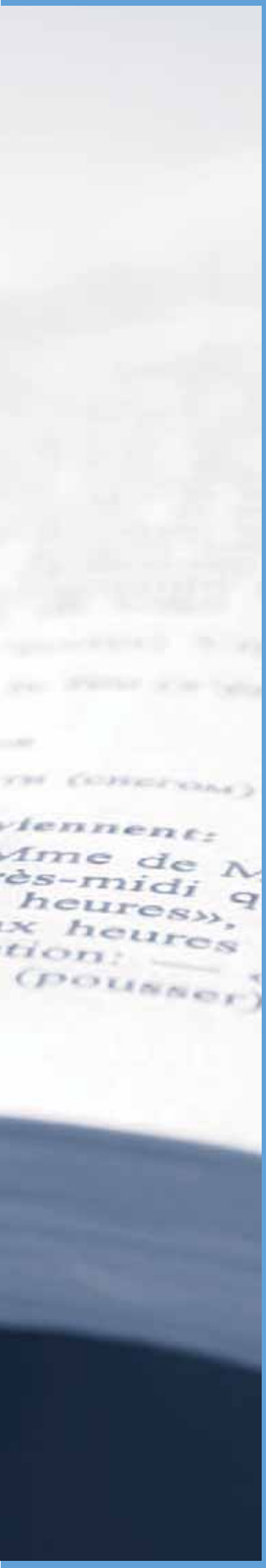
Références

1. *The conceptual framework for the international classification for patient safety*. Geneva, World Health Organization Patient Safety Programme, 2009 (http://www.who.int/patientsafety/en/ ; consulté le 21 février 2011).
2. Cousins DD. Developing a uniform reporting system for preventable adverse drug events. *Clin Therap* 1998; 20 (suppl C): C45-C59.
3. Institute of Medicine. *Preventing medication errors. Report brief*. Washington, DC, National Academies Press, 2006.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
5. Runciman WB et al. Adverse drug events and medication errors in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15 (Suppl. 1):S49–S59.
6. Nair RP, Kappil D, Woods TM. 10 strategies for minimizing dispensing errors. *Pharmacy Times,* 20 January 2010 (http://www.pharmacytimes.com/issue/pharmacy/2010/January2010/P2PDispensingErrors-0110 ; consulté le 21 février 2011).
7. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Quality & Safety in Health Care*, 2006, 15:122–126.
8. Koppel R, Metlay JP, Cohen A. Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 293:1197–1203.

Diaporamas pour le Module 11 : Améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse

En général, les exposés didactiques ne constituent pas la meilleure façon d'enseigner la sécurité des patients aux étudiants. En cas d'exposé, il est intéressant de permettre aux étudiants d'agir entre eux et d'échanger leurs points de vue pendant le cours. Pour lancer une discussion de groupe, vous pouvez vous appuyer sur une étude de cas par exemple. Vous pouvez également poser aux étudiants des questions sur différents aspects des soins de santé qui feront ressortir les points abordés dans ce module, comme la culture de la faute, la nature de l'erreur et la façon de gérer les erreurs dans d'autres secteurs d'activités. Les diaporamas du Module 11 ont pour objectif d'aider l'enseignant à en transmettre le contenu. Ils peuvent être adaptés à la culture et au contexte locaux. Les enseignants peuvent choisir de ne pas utiliser toutes les diapositives. Il est d'ailleurs préférable d'adapter ces dernières aux domaines couverts lors de la session de formation.

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



Annexes

Guide pédagogique pour la sécurité des patients : édition multiprofessionnelle

Annexe 1
Lien avec l'Australian Patient Safety Education Framework

L'Australian Patient Safety Education Framework compte un volume à part qui contient les références bibliographiques sur lesquelles il repose. Une revue systématique de style Campbell a été réalisée pour identifier les références. La bibliographie, mise gratuitement à la disposition de tous, aidera les enseignants à élaborer des curriculums et à effectuer des recherches en matière de sécurité des patients.

La bibliographie est également accessible en ligne à l'adresse suivante : http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/60134B7E120C2213CA257483000D8460/$File/framewkbibli0705.pdf ; consulté le 14 mars 2011.

Annexe 2
Exemples d'évaluation des étudiants

Exemple 1 : question rédactionnelle
Un accident (modules 6 et 8)

Consignes pour l'étudiant
Un homme âgé de 20 ans a perdu le contrôle de son vélo et est tombé après avoir été heurté par une voiture qui ne s'est pas arrêtée. Il est conscient mais incapable de parler de façon cohérente. Il pourrait être en état de choc. Vous (étudiant en sciences de la santé) ralentissez en arrivant sur le lieu de l'accident. Un passant vous fait signe et vous demande de l'aide.

Citez trois questions éthiques importantes associées au traitement des patients dans les cas d'urgence.

Présentez les responsabilités juridiques/ professionnelles engagées lorsque l'on prête assistance lors d'une urgence.

Décrivez les éléments du consentement pour le patient inconscient et le patient conscient.

Résumez les difficultés d'assurer un leadership dans cette situation clinique.

Exemple 2 : question à choix multiple (modules 4 et 8)

En qualité d'étudiant, vous êtes invité à observer une mise en place de prothèse du genou chez une femme âgée. La veille de l'opération, vous avez discuté avec la patiente et vous vous souvenez qu'elle vous a expliqué que ses problèmes au genou gauche l'empêchaient de marcher et qu'elle a hâte qu'ils soient réglés. Dans la salle d'opération, vous entendez le chirurgien dire à son assistant qu'ils vont opérer le genou droit.

Que devriez-vous faire, en tant qu'étudiant ?

a) Rien car vous avez pu confondre cette patiente avec une autre.
b) Trouver et étudier le dossier médical afin de confirmer quel côté du genou doit être remplacé.
c) Ne rien dire car vous n'avez pas demandé l'autorisation de parler du cas de la patiente avec d'autres personnes.
d) Ne rien dire car le personnel hospitalier ne commet jamais d'erreur et que l'étudiant a probablement mal entendu.
e) Dire au chirurgien que vous pensiez que l'opération de remplacement concernait le genou gauche de la patiente.
f) Garder le silence car le chirurgien sait certainement ce qu'il fait.

Commentaires : Tout le monde a un rôle un jouer dans la sécurité des patients. Chacun a l'obligation de parler s'il pense qu'une erreur potentielle susceptible de causer des dommages à un patient peut être faite. Ce qu'entendent et voient les membres débutants des équipes soignantes compte beaucoup pour ces dernières et les contributions de ces membres peuvent réduire le nombre d'erreurs dans le système. Les erreurs de site opératoire constituent un type important d'EIAS. La plupart des pays disposent de recommandations mises en œuvre au niveau clinique pour vérifier l'identité des patients et le côté devant être opéré. Ces recommandations invitent les membres débutants des équipes à faire preuve d'assertivité lorsque la situation l'exige.

Exemple 3 : examen clinique objectif structuré (ECOS) portant sur la sécurité des patients (modules 8 et 6)

Station n°
Communication avec le patient : un EIAS
Consignes pour l'étudiant

Le patient vient d'avoir une cure de hernie inguinale. Pendant la procédure, l'étudiant en chirurgie a éprouvé quelques difficultés.
Le chirurgien titulaire a repris les rênes et l'opération a été considérée comme un succès. D'importantes ecchymoses se sont toutefois formées autour de la cicatrice.
On vous a demandé de discuter avec le patient de ses inquiétudes.

Remarque : n'oubliez pas de remettre votre étiquette d'identification à l'examinateur.

Exemple 3 (suite) :
examen clinique objectif structuré portant sur la sécurité des patients

Station n°
Communication avec le patient : un EIAS

Consignes pour la personne qui joue le rôle du patient
Veuillez lire attentivement les consignes avant de commencer l'examen.

Vous êtes venu à l'hôpital pour une appendicectomie d'urgence.
Auparavant, vous étiez en bonne santé et travailliez comme plombier.

Pendant le réveil, un(e) infirmier(ère) vous a expliqué que l'opération par une petite incision a posé plus de problèmes à l'étudiant en chirurgie que prévu.
Le chirurgien titulaire a repris les rênes et tout s'est bien passé pendant la laparotomie.

La cicatrice est plus grande que ce à quoi vous vous attendiez et douloureuse mais nous vous avons donné des analgésiques qui vous soulagent.
Vous souhaitez discuter plus en détail de ce qui s'est passé.

Très rapidement, vous avez manifesté la volonté de porter officiellement plainte pour les soins reçus.

Exemple 3 (suite) :
examen clinique objectif structuré portant sur la sécurité des patients

Station n°
Communication avec le patient : un EIAS

Consignes pour l'examinateur
Veuillez lire attentivement les consignes pour l'étudiant et le patient simulé.

Saluez l'étudiant et remettez-lui les consignes écrites.

Observez l'interaction entre l'étudiant et le patient simulé et remplissez la feuille de notation.

N'interagissez pas avec l'étudiant ou le patient simulé pendant ou après l'activité.

L'objectif de cette station est d'évaluer la capacité de l'étudiant à discuter d'un EIAS avec un patient.

Exemple 3 (suite) :
examen clinique objectif structuré portant sur la sécurité des patients

FORMULAIRE D'ÉVALUATION
Communication avec le patient : un EIAS

Nom de l'étudiant :

.....
.....

Nom de l'examinateur :

.....
..... (en lettres majuscules)

Saluez l'étudiant et remettez-lui les consignes écrites.

N'oubliez pas de demander à l'étudiant son étiquette d'identification et de la coller en haut de la feuille de notation.

Veuillez entourer la note appropriée pour chaque critère.

Dans cet exemple, la norme attendue est celle d'un étudiant en dernière année de médecine ou de soins infirmiers.

Veuillez entourer la note appropriée pour chaque critère.

	Tâche effectuée de façon compétente	*Tâche effectuée mais manque de compétences*	*Tâche non effectuée ou incompétence*
Premier contact avec le patient (se présente, explique ce qu'il va faire)	2	1	0
Communique avec les patients et leur entourage de façon compréhensible	2	1	0
Applique les principes de « l'annonce d'un dommage associé aux soins »	2	1	0
S'assure que les patients sont soutenus et pris en charge après un EIAS	2	1	0
Fait preuve de compréhension vis-à-vis des patients victimes d'un EIAS	2	1	0
Gère les facteurs susceptibles de donner lieu à des plaintes	2	1	0
Total	2	1	0

Note totale pour la station	Admis	Limite	Non admis

Exemple 4 : questions à réponse courte

Les questions suivantes font partie d'une évaluation destinée aux étudiants en soins infirmiers et obstétricaux mais elles peuvent être utilisées pour des étudiants en médecine et en soins dentaires.

Une intervention chirurgicale est programmée chez une patiente ; l'étude du cas fait partie de l'examen.

En préparant Mme McDonald pour son intervention, vous remarquez que son formulaire de consentement n'a pas été signé.

Q1
Expliquer ce que vous devez faire pour vous assurer que Mme McDonald signe son consentement.

Q2
Énumérez les éléments d'un consentement valide.

Q3
Identifiez les différentes façons de présenter légalement le consentement.

Q4
Mme McDonald ne se souvient pas exactement du moment où elle a pris son dernier repas. Expliquez les risques associés à la prise d'un repas avant une intervention chirurgicale.

Après l'intervention, Mme McDonald réintègre votre service plus tard dans la journée. Son opération s'est bien passée. Un simple pansement adhésif a été posé sur sa cicatrice.

Q5
Citez trois (3) évaluations postopératoires que vous, en tant qu'infirmier(ère), réaliseriez sur Mme McDonald et justifiez chaque évaluation.

Q6
Quelles mesures de lutte contre les infections conviendrait-il de prendre dans le cas de Mme McDonald ?

Remerciements

Guide pédagogique pour la sécurité des patients : édition multiprofessionnelle

Remerciements

Auteurs classés par ordre alphabétiques dans chaque section

Équipe principale, Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients :

Bruce Barraclough
Auteur principal du Guide pédagogique pour la sécurité des patients
Melbourne, Australie

Benjamin Ellis*
Consultant du Programme OMS pour la sécurité des patients
Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Agnès Leotsakos
Programme OMS pour la sécurité des patients
Genève, Suisse

Merrilyn Walton
Auteur principal du Guide pédagogique pour la sécurité des patients
École de santé publique de Sydney
Université de Sydney
Sidney, Australie

Contribution essentielle aux contenus

Ordres professionnels

FDI Fédération dentaire internationale

Nermin Yamalik
Département de parodontologie
Université Hacettepe
Ankara, Turquie

Confédération internationale des sages-femmes

Mary Barger
Département de la santé de la famille Université de soins infirmiers de Californie
San Francisco, États-Unis

Conseil international des infirmières

Jean Barry
Politique de santé et de soins infirmiers
Conseil international des infirmières
Genève, Suisse

Fédération internationale pharmaceutique (FIP)

Marja Airaksinen
Département de pharmacie sociale
Faculté de pharmacie
Université d'Helsinki
Helsinki, Finlande

Organization for Safety, Asepsis and Prevention (OSAP, organisation pour la sécurité, l'asepsie et la prévention)

Enrique Acosta-Gio
École de soins dentaires
Université nationale autonome du Mexique (UNAM)
Mexico, Mexique

Associations d'étudiants

Représentant de quatre associations estudiantines :
Satyanarayana Murthy Chittoory
Fédération internationale des étudiants en pharmacie (IPSF)

Association internationale des étudiants en médecine dentaire (IADS)
Réseau des étudiants du Conseil international des infirmières (ICN-SN)
Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine (IFMSA)

Association Médicale Mondiale

Julia Rohe
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Agence pour la qualité en médecine)
Berlin, Allemagne

Responsable externe, Les patients pour la sécurité des patients, OMS

Margaret Murphy
Programme Les Patients pour la sécurité des patients de l'OMS
Cork, Irlande

Expert, régions OMS

Armando Crisostomo, représentant de la région du Pacifique occidental
Faculté de médecine-Hôpital général des Philippines Université des Philippines, Manille, Philippines

Mohammed-Ali Hamandi, représentant de la région de la Méditerranée orientale
Hôpital général Makassed
Beyrouth, Liban

Taimi Nauiseb, représentante de la région de l'Afrique
Faculté des sciences de la santé et médicales
Université de Namibie
Windhoek, Namibie

Roswhita Sitompul, représentant de la région de l'Asie du Sud-Est
École de soins infirmiers
Universitas Pelita Harapan
Jakarta, Indonésie

Jiri Vlcek, représentant de la région de l'Europe
Département de pharmacie sociale et clinique
Université Charles
Heyrovskeho, République tchèque

Experts, Programme OMS sur la sécurité des patients

Carmen Audera-Lopez
Gerald Dziekan
Cyrus Engineer ◆
Felix Greaves *
Ed Kelley
Claire Kilpatrick
Itziar Larizgoitia
Claire Lemer *
Elizabeth Mathai
Douglas Noble *

Programme OMS pour la sécurité des patients
Genève, Suisse

Consultants, Programme de l'OMS pour la sécurité des patients

Donna Farley
Analyste et consultante principale en politique sanitaire
Membre adjoint de la RAND Corporation
McMinnville, États-Unis

Rona Patey
Université d'Aberdeen
Écosse, Royaume-Uni d'Angleterre et d'Irlande du Nord

Hao Zheng
Programme OMS pour la sécurité des patients
Genève, Suisse

Auteurs, études de cas

Shan Ellahi
Service de santé de la commune d'Ealing and Harrow
National Health Service
Londres, Royaume-Uni d'Angleterre et d'Irlande du Nord

Comité de lecture

Fédération dentaire internationale (FDI)

Julian Fisher
Éducation et affaires scientifiques
FDI Fédération dentaire internationale
Genève, Suisse

Confédération internationale des sages-femmes

Ans Luyben
Comité permanent d'éducation
Université de sciences appliquées, Haute école spécialisée bernoise (BFH)
Bern, Suisse

Évaluateurs, Comité d'éducation de l'ICM

Marie Berg, Université de Göteborg, Suède
Manus Chai, Hamdard Nagar, New Delhi, Inde
Geri McLoughlin, Université de Cork, Irlande
Angelo Morese, Université de Florence, Italie
Marianne Nieuwenhuijze, Université Zuyd, Maastricht, Pays-Bas
Elma Paxton, Université calédonienne de Glasgow, Royaume-Uni
Jane Sandall, King's College, Londres, Royaume-Uni
Bobbi Soderstrom, Association des sages-femmes de l'Ontario, Toronto, Canada
Andrea Stiefel, Université des sciences appliquées de Zurich, Winterthur, Suisse
Joeri Vermeulen, Campus Erasme, Université libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique
Teja Zaksek, Université de Ljubljana, Ljubljana, Slovénie

Conseil international des infirmières

Jean Barry
Politique de santé et de soins infirmiers
Conseil international des infirmières
Genève, Suisse

Fédération internationale pharmaceutique (FIP)

Luc Besancon
Affaires scientifiques et professionnelles

Xuanhao Chan
Partenariat pour la santé publique

Fédération internationale pharmaceutique
La Haye, Pays-Bas

Association Médicale Mondiale

Julia Seyer
Association Médicale Mondiale
Ferney-Voltaire, France

Rédacteurs

Rebecca Bierman
Rédactrice indépendante
Jérusalem, Israël

Rosalind Ievins
Programme OMS pour la sécurité des patients
Genève, Suisse

Rosemary Sudan
Rédactrice indépendante
Genève, Suisse

Supervision de la rédaction

Agnès Leotsakos
Programme OMS pour la sécurité des patients
Genève, Suisse

Conseiller en production

Eirini Rousi
Programme OMS pour la sécurité des patients
Genève, Suisse

Contributions administratives

Esther Adeyemi
Caroline Ann Nakandi
Laura Pearson

Programme OMS pour la sécurité des patients
Genève, Suisse

Remerciements particuliers

L'édition multiprofessionnelle du Guide pédagogique pour la sécurité des patients s'appuie sur le Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools de 2009. Nous remercions tout particulièrement les personnes qui ont participé à l'édition de 2009 pour le contenu qu'elles ont apporté et leurs commentaires très utiles : Mohamed Saad, Ali-Moamary, Riyad, Arabie saoudite ; Stewart Barnet, Nouvelle-Galles du Sud, Australie ; Ranjit De Alwis, Kuala Lumpur, Malaisie ; Anas Eid, Jérusalem, Territoires palestiniens ; Brendan Flanagan, Victoria, Australie ; Rhona Flin, Écosse, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ; Julia Harrison, Victoria, Australie ; Pierre Claver Kariyo, Harare, Zimbabwe; Young-Mee Lee, Séoul, République de Corée ; Lorelei Lingard, Toronto, Canada ; Jorge César Martinez, Buenos Aires, Argentine ; Rona Patey, Écosse, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ; Chris Robert, Nouvelle-Galles du Sud, Australie ; Tim Shaw, Nouvelle-Galles du Sud, Australie ; Chit Soe, Yangon, Myanmar ; Samantha Van Staalduinen, Nouvelle-Galles du Sud, Australie ; Mingming Zhang, Chengdu, Chine ; Amitai Ziv, Tel Hashomer, Israël

◆ *Projet OMS sur la sécurité des patients à l'École de médecine de l'université Johns Hopkins*

* *Ces experts étaient auparavant des conseillers cliniques du Programme de l'OMS pour la sécurité des patients*

Organisation mondiale de la Santé
20 avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse
Tél. : +41 22 791 5060

Courriel : patientsafety@who.int
Consultez notre page à l'adresse suivante :
www.who.int/patientsafety/education/curriculum/en/index.html

Organisation mondiale de la Santé

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES