

- 3 S'assurer que des formulaires sont à disposition dans chaque secteur clinique.
- 4 S'assurer que les formulaires remplis sont envoyés au groupe de gouvernance clinique de manière confidentielle, pour que les membres du personnel soient sûrs que les informations qu'ils ont fournies restent confidentielles.
- 5 Encourager les déclarations. Ceci est toujours difficile. Lorsqu'une culture de la faute a régné pendant des années, les membres du personnel peuvent penser qu'ils seront stigmatisés s'ils déclarent des incidents. Il est crucial de générer un climat de confiance. Sans confiance, il ne peut y avoir d'équipe ou de travail d'équipe. Pour que le système fonctionne, les membres du personnel doivent être convaincus que, s'ils déclarent des incidents, leurs supérieurs et la direction les traiteront de façon juste et ne les accuseront pas injustement ni n'en feront des boucs émissaires. Les cadres supérieurs et la direction doivent être assurés du fait que l'équipe fait preuve de la vigilance nécessaire, suit les formations et déclare les problèmes lors de leur survenue. Vous trouverez quelques façons d'encourager les déclarations dans le Tableau 1.

La sécurité des patients est l'affaire de tous. Les accidents médicaux infligent des souffrances à nos patients et leur famille, entraînent d'énormes gaspillages financiers et sont source de stress, d'anxiété et d'épuisement professionnel pour le personnel médical. Pour améliorer la sécurité, il ne s'agit pas de redoubler nos efforts, mais de tirer les leçons de nos erreurs. Pour ce faire, nous devons d'abord être en mesure d'identifier nos erreurs.

**Références**

- 1 <http://www.medicines.mh.gov.au/bandolier/booth/Risk/accidents.html>
- 2 Vincent, C.A. Presentation at BMJ conference 'Reducing Error in Medicine'. London. March 2000.
- 3 NHS Department of Health Report. An Organisation with a Memory. 2000.

**Tableau 1. Suggestions pour encourager la déclaration d'incidents indésirables**

<p><b>1 Baisser le seuil de déclaration</b> Le personnel doit déclarer même les incidents mineurs et les « quasi-accidents », qui sont tout aussi importants que les événements majeurs pour identifier et analyser les problèmes de sécurité.</p>
<p><b>2 Expliquer clairement que l'analyse prendra en compte tous les facteurs en cause et pas seulement les actions d'un individu donné</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La formation peut aider à renforcer la notion que les incidents sont rarement le fruit d'une seule cause mais ont presque tous une origine plurifactorielle.</li> <li>• L'analyse doit inclure toutes les questions d'ordre institutionnel. Il est essentiel que tout le monde comprenne que la sécurité du patient est l'affaire de toute l'équipe<sup>3</sup>.</li> </ul>
<p><b>3 Analyser les résultats logiquement et élaborer un plan d'action</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifiez la cause de l'incident. Mettez l'accent sur le déroulement des événements et tous les facteurs concourants plutôt que sur la personne.</li> <li>• Recherchez les causes sous-jacentes, et pas seulement l'« erreur finale » qui a conduit à l'incident. Pensez à la possibilité qu'un sous-effectif, une mauvaise conception des systèmes, une piètre performance, un niveau insuffisant de compétences, etc., ont contribué à l'incident.</li> <li>• Élaborez un plan d'action qui répond à ces problèmes, par exemple en augmentant les effectifs, en améliorant la formation et les systèmes ou en mettant en place une liste de contrôle et d'autres protocoles pour empêcher la survenue d'erreurs.</li> <li>• Visez un résultat à long terme et non une solution à court terme.</li> </ul>
<p><b>4 Faire part des résultats du processus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes qui déclarent des incidents doivent être informées des résultats de l'analyse et des actions prises.</li> <li>• Les principales actions prévues doivent être communiquées à l'ensemble des membres de l'équipe clinique.</li> <li>• Utilisez une approche en équipe : des réunions régulières de formation pour tous les membres de l'équipe doivent présenter un aperçu de certains incidents, les problèmes qui y ont conduit et les actions prises pour y remédier.</li> <li>• L'absence de communication des résultats à l'ensemble de l'équipe est citée comme une cause majeure d'échec des systèmes de déclaration hospitaliers.</li> </ul>
<p><b>5 Prendre des mesures pour éviter les incidents à l'avenir</b> Il faut du temps pour que les membres du personnel acceptent que la déclaration d'incidents ne leur sera pas préjudiciable. Lorsqu'ils constatent des changements tangibles pour améliorer la sécurité et sentent que leur engagement envers la sécurité est apprécié, la plupart des personnels de santé adoptent pleinement le système de déclaration.</p>
<p><b>6 Encourager une approche d'équipe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expliquez clairement que chacun a un rôle essentiel à jouer. Les internes et les infirmiers en particulier doivent être encouragés à contribuer, car ils peuvent remarquer des événements ou des quasi-accidents que le personnel plus expérimenté ne voit pas.</li> <li>• Le personnel médical et infirmier expérimenté peut donner l'exemple en remplissant des formulaires de déclaration d'incident.</li> <li>• Assurez-vous que le personnel dévoué se sent apprécié et soutenez ceux qui souffrent de stress pour avoir été impliqués dans un incident.</li> </ul>

**Tirer les leçons de nos erreurs**

**Rob Lindfield**

Maître de conférences, London School of Hygiene and Tropical Medicine ; Conseiller en santé publique, Public Health England, Royaume-Uni.

**Exemple :** La mauvaise lentille intraoculaire (LIO) a été insérée dans l'œil d'un patient, avec pour conséquence une très mauvaise vision malgré une opération réussie. Qui est responsable ? Le chirurgien ? L'infirmier ? La personne chargée de la biométrie ?

- 1 En enquêtant sur la raison de l'erreur, vous identifierez éventuellement certains membres du personnel ayant commis une erreur. Cependant, il est tout aussi important de comprendre pourquoi l'erreur a été faite. Déterminez si l'inci-

dent est dû à un manque de compétences ou bien à des facteurs externes ayant empêché certaines personnes de faire leur travail correctement. Par exemple, y avait-il trop de patients et trop peu de personnel ? Le patient était-il très âgé, ce qui a rendu la biométrie difficile à réaliser ? Le personnel du bloc opératoire était-il pressé parce que le chirurgien était arrivé en retard et le programme opératoire était chargé ? Il est préférable de se concentrer sur le problème lui-même plutôt que sur les personnes impliquées.

- 2 Une fois que l'on aura compris les raisons sous-tendant les erreurs commises, l'équipe hospitalière pourra concevoir et mettre en place des procédures et proto-

coles pour éviter ou tenter d'éviter que ce type de problème ne se reproduise. Revenons à l'exemple cité ci-dessus : pour empêcher que la mauvaise LIO ne soit implantée, il faudrait peut-être s'assurer qu'un nombre donné de membres du personnel est présent dans le service les jours de chirurgie de la cataracte, ou bien que le chirurgien et le personnel du bloc opératoire vérifient une deuxième fois la puissance de la LIO avant implantation dans l'œil opéré.

- 3 Une fois qu'une solution a été mise en œuvre, il importe de suivre les résultats à intervalles réguliers, afin de vérifier que la nouvelle procédure permet effectivement d'empêcher que le problème ne se reproduise.