



Les erreurs médicales ou les évènements indésirables associés aux soins (EIAS)

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Groupes Qualité Pays de la Loire : Mars 2022

Écriture : Stéphanie Laramendy, Anne Surrault, Cédric Hamon

Relecture et partages : Elodie Cosset

Contexte :

La HAS définit un évènement indésirable associé aux soins comme suit :

« Un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) est un évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet évènement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ».

Cependant certains évènements indésirables sont **inévitables**, ils sont dus à la nature des actes médicaux pratiqués, on peut notamment inclure dans ceux-ci les effets adverses médicamenteux. D'autres sont, au contraire **évitables**, ce sont ceux qui résultent d'une erreur humaine. La sécurité du patient repose sur **l'identification des risques** et la prévention de ces derniers.

L'étude ESPRIT (Étude Nationale en Soins Primaires sur les Évènements Indésirables) * a étudié, en France, les causes et conséquences des EIAS rencontrés par les médecins généralistes au cours de leur exercice. Cette étude retrouvait le chiffre de **22 EIAS pour 1000 consultations**.

Il existe trois niveaux de conséquences des évènements indésirables. Premièrement, une **atteinte pour le patient**, c'est le patient qui subit l'évènement qui en est la première victime, et les conséquences peuvent être à la fois physiques, psychologiques ou sociales.

Deuxièmement, un impact sur les soignants, les connaissances scientifiques et techniques actuelles complexifient l'acte médical et multiplie le risque d'erreurs des soignants. Dans les sociétés actuelles, l'erreur médicale peut conduire à des poursuites judiciaires dans certains cas. C'est pourquoi le soignant doit apprendre à exercer avec le risque toujours possible de commettre des erreurs. Ce qui peut être source de stress, voire de culpabilité et de honte en cas de survenue d'une erreur. Le **soignant** est alors qualifié de « **seconde victime** ».

Enfin, il y a des conséquences socio-économiques représentées par le surcoût induit par ces évènements.

En soins primaires, l'organisation du système est hétérogène avec des cabinets médicaux individuels ou de groupe, parfois pluri professionnels, des centres ou des maisons de santé pluridisciplinaires, ou des regroupements en pôles pluridisciplinaires. Dans ce contexte de prise en charge variée, l'exposition du patient aux risques n'est pas la même. En soins primaires, le taux de signalement des EIAS par les professionnels est faible, même si la pluri professionnalité permet de l'améliorer. Une meilleure détection des EIAS pourrait permettre de réduire l'incidence et les conséquences des EIAS par la mise en place de mesures améliorant la prise en charge du patient.

1) Pourquoi parler de nos erreurs ?

- « L'erreur est humaine » et donc inévitable. Nous sommes tous perfectibles.
- La médecine n'est pas une science exacte.
- La survenue des Evènements Indésirables est fréquente : 26 EIAS pour 1000 consultations dont 22 évitables, soit **une erreur tous les 2 jours par médecin !**

2) Le soignant la seconde victime

- Traumatisme de l'événement = souffrance psychologique,
- Impact personnel parfois profond et prolongé
- Sentiment de culpabilité = impact professionnel immédiat et étendu
- Sentiment d'échec remettant en question expérience clinique et connaissances de base = retentissement sur la qualité des soins et l'exercice (abandon, suicide)

Mais on peut...

- Prendre conscience de ses « points faibles et en tenir compte dans ses décisions
- Partager et analyser ses « erreurs » pour les dédramatiser et les limiter
- Réagir d'une façon appropriée lorsqu'on prend conscience de ses erreurs (rattrapage, annonce)

3) Erreur ou faute ?

D'un point de vue juridique, il existe une différence entre une erreur et une faute.

- Erreur = Tout acte non intentionnel et/ou inattendu qui pourrait avoir causé, ou a causé, un préjudice à un ou plusieurs résidents recevant des soins.

Erreur par omission : ne pas faire quelque chose qu'il fallait faire

Erreur par commission : faire quelque chose qu'il ne fallait pas

- Faute = Manquement aux règles, à la loi, à la morale, de façon délibérée.

4) Situations et facteurs individuels prédisposant aux erreurs

Les situations associées à un risque accru d'erreur :

- Manque d'expérience (en particulier associé à l'absence de supervision)
- Contraintes liées au temps
- Vérification insuffisante
- Procédures défectueuses
- Information inadéquate
- Facteurs individuels prédisposant aux erreurs
- Capacité de mémorisation limitée davantage réduite par : la fatigue, le stress, la faim, la maladie...

N'oubliez pas....

Si vous

- avez faim (**H**ungry)
- êtes énervé (**A**ngry)
- êtes en retard (**L**ate) ou
- êtes fatigué (**T**ired)

H
A
L
T

5) Comment analyser les événements indésirables ?

Il n'y a pas de relation directe entre survenue d'une erreur et conséquences sur le patient.

Une erreur humaine est souvent retrouvée lorsque survient un événement indésirable associé aux soins mais **l'erreur humaine n'est en général pas suffisante** pour expliquer la survenue de l'évènement indésirable.

L'analyse superficielle limitée à l'erreur stigmatise le professionnel et est peu efficace.

L'erreur est une composante parmi d'autres facteurs systémiques.

Il est nécessaire d'analyser les **causes profondes de l'évènement indésirable**. Pour cela il faut rechercher différents facteurs ayant favorisé la survenue de l'erreur :

- Facteurs relatifs au patient
- Facteurs relatifs au professionnel de santé
- Facteurs relatifs aux tâches
- Facteurs relatifs à la technologie et aux outils
- Facteurs relatifs à l'équipe
- Facteurs relatifs à l'environnement
- Facteurs relatifs à l'organisation

Les questions à se poser (dans **un cadre bienveillant** si réalisé à plusieurs)

Quelle(s) erreur(s) (description) ?

Pourquoi est-elle survenue ? (mécanisme)

Comment la gérer (mécanismes de récupération) ?

Qu'est-ce que j'en apprend (enrichissement) ?

Comment m'améliorer ? (prévention)

A retenir

L'erreur médicale est un phénomène complexe, inévitable et lié à la nature humaine.

Pour limiter les erreurs potentielles :

- éviter de compter sur sa mémoire
- simplifier les processus
- utiliser systématiquement des check-lists
- réduire la dépendance à la vigilance

6) Annoncer une erreur au patient

Une obligation légale :

« Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage [...] doit être informée [...] au plus tard dans les 15 jours suivant la découverte du dommage [...]»
(Article L.1142-4 du Code de Santé Publique).

Mais c'est très difficile !

Pourtant, annoncer l'événement est bénéfique...

- Pour le patient :

Obtenir une reconnaissance

Comprendre ce qui s'est passé

Comprendre pourquoi

Connaître les actions d'amélioration réalisées

- Pour le médecin :

Apaise la relation médecin-patient

Restaure la confiance

Limite la judiciarisation

Limite le risque d'être la seconde victime

Vidéo HAS sur l'annonce d'un dommage associé : <https://www.youtube.com/watch?v=UOs9XyCFkcA>

7) Quelques préconisations (R. Amalberti)

Vous êtes la seconde victime :

- Parlez et partagez avec votre entourage et vos collègues, provoquez les occasions
- Faites un break si la pression est trop forte
- Ne développez pas de stratégie de fuite : pas de médecine défensive, pas de minimisation ou d'ignorance du problème

Vous êtes un collègue :

- Ecoutez et respectez le propos du collègue victime
- Aidez-le à banaliser son fait singulier, en reconnaissant qu'il peut arriver à tous
- Cherchez des solutions avec lui, en reconnaissant qu'elles vous feront progresser aussi
- Soyez confraternel, ne donnez pas de signaux d'évitement, provoquez des occasions montrant que vous n'excluez pas le collègue

Pour aller plus loin :

- Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/guide_pedagogique_pour_la_securite_des_patients_-_guide_complet.pdf
- Guide de la Haute Autorité de santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville; 2011.
- Galam E. L'erreur médicale, le burnout et le soignant : De la seconde victime au premier acteur. Paris ; New York: Springer; 2012.
- Revue Prescrire, « Éviter l'évitable : le soignant, l'erreur et son signalement », juin 2010, tome 30, n°320, pp. 456-460
- Marc Chanelière. Prendre soin des patients en toute sécurité. Ed Le Coudrier. 2019.
- * Michel P, Mosnier A, Kret M, Chanelière M, Keriél-Gascou M, Brami J. Incidence des événements indésirables associés aux soins en médecine générale : l'étude ESPRIT 2013.