

Item5-La gestion des erreurs et des plaintes ; l'aléa thérapeutique.

Objectifs CNCI

- Préciser les différents temps successifs d'une démarche permettant une culture positive de l'erreur : analyse des EIG, Revue de Mortalité Morbidité, information et plan d'action ; prévention des dommages de « seconde victime » pour le professionnel de santé.
- Acquérir les bases de l'analyse approfondie des causes d'erreur (modèle de Reason, barrières de prévention, récupération, atténuation, l'analyse des causes racines).
- La compensation de l'erreur : préciser les missions de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM). Identifier les principaux facteurs conduisant à l'ouverture d'un contentieux à la suite d'un accident médical. Définir la notion de responsabilité sans faute (voir item 322).

Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- HAS Culture positive de l'erreur	<ul style="list-style-type: none"> - Evénement indésirable grave / RMM / Analyse - Modèle de Reason - Notion d'aléa thérapeutique 	- Responsabilité sans faute

La gestion de l'erreur Culture positive de l'erreur

L'erreur

- Résulte d'une défaillance
 - d'un système entier d'organisation +++
 - rarement du fait d'une seule personne
- Souvent associée à tort à la faute
- est inévitable, il ne s'agit pas de la nier mais de savoir la gérer.
- L'erreur doit être signalée pour être analysée.

Les risques d'erreurs

- Les risques :
 - Les identifier
 - Les analyser
 - Les traiter
- La gestion des risques implique :
 - une politique volontariste de sécurité des soins
 - Une culture de la sécurité
 - Une responsabilisation de tous les acteurs
 - Une approche positive non punitive de l'erreur

L'analyse des EIG

- Gestion des risques = Analyse des erreurs
- Objectifs:
 - « plus jamais ça ».
 - Amélioration de la sécurité des patients
 - Compréhension des causes
 - Responsabilisation des acteurs
 - Approche non punitive
 - l'objectif n'est pas de chercher un coupable
- Moyens :
 - La Déclaration/le signalement (éventuellement anonyme)
 - de tous les EIG, voire de tous les EIAS (situation optimale)
 - Par une analyse systémique :
 - recherche des causes profondes d'erreurs
 - ex : mauvais management des équipes => personnels épuisés => erreur
 - Cause immédiate : erreur de patient / erreur de prescription ...

- Cause profonde : Organisationnelle
- Exemples de modalités d'analyse :
 - Comité de retour d'expérience (CREX)
 - Les acteurs : groupe de professionnels
 - Objectif : mise en place d'action d'amélioration
 - Moyen : analyse retrospective d'un EIG
 - Les étapes :
 - recensement des evenements du mois
 - Choix d'un cas parmi ceux là
 - Choix d'un pilote (qui va préparer une analyse complète et la présenter au prochain CREX)
 - Présentation de l'analyse d'un EIAS
 - Choix des actions à mettre en place et d'un référent pour suivre l'application des actions
 - Suivi des actions
 - Communication
 - Revue de morbidité (RMM) +++
 - Définition HAS :
 - analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.
 - Cf Item 6 pour tous les détails de la RMM ++

Gestion de la sécurité

Les barrières de sécurité / modèle de Reason

Pour Reason, les défaillances sont de trois types

- défaillances techniques
- erreurs humaines
- défaillances d'organisation

Les plaques de REASON (cf synthèse)

- Chaque plaque = un acteur ou une fonction du système
- Plaque du milieu : les opérateurs de 1ère ligne
 - =personnels de l'hôpital au contact du malade
 - beaucoup d'erreurs à ce niveau là
 - actes risqués / erreurs patentes
- Plaque d'amont : organisation du système
 - =les concepteurs et les administrateurs
 - erreurs pas immédiatement visibles
 - mais fragilisation du système
- Plaque d'aval = défense en profondeur
 - pour que les actes risqués (plaques du milieu) n'aient pas de suites fâcheuses
 - Détection et récupération des erreurs

Conclusions de Reason

- La sécurité d'un système ne repose pas sur l'absence d'erreurs des professionnels
 - Sécurité totale = empilement des plaques !
- Accident => jamais la cause d'une plaque isolée (ou d'un professionnel isolé)
- Les défaillances latentes ne se révèlent que lors d'enquêtes (type RMM, CREX, audit ...)

La sécurité de ces trois niveaux est renforcée par des barrières :

- Les 3 barrières
 - Barrière préventive
 - But : éviter l'erreur et l'accident
 - ex : check-list opératoire
 - Barrière de récupération
 - L'erreur est commise
 - But : récupération de l'erreur avant d'avoir des conséquences
 - Ex : prescription d'amoxicilline à un patient allergique. Avant la délivrance du médicament, l'infirmière vérifie les contre-indications.
 - Barrière d'atténuation
 - Erreur et accident avérés
 - But : Limitation des conséquences
- La somme des 3 est nécessaire :
 - Prévention + récupération + atténuation = niveau de sécurité optimal
- La forme des barrières

- matérielles (prescription informatisées, système d'alarme...)
- Immatérielles (protocoles, check-list...)

Compensation de l'erreur

Lorsqu'un EIAS arrive, 2 cas :

- Erreur avec faute (cf item 12)
- Erreur sans faute (aléa thérapeutique)

Conséquence d'un EIAS : La seconde victime

- 1ere victime : le patient
- 2ème victime : le médecin (victime psychologique)
 - Complications :
 - impact sur la santé
 - addictions
 - burn-out
 - syndrome post-traumatique a minima
 - et 90% des médecins sont leur propre médecin traitant : pas d'aide extérieure
 - Pistes de solutions
 - attitude adaptée de la part des collègues
 - fin des tabous sur le sujet
 - Système d'aide externe
 - Conseil aux médecins 2nd victime
 - Communication, partage de son expérience, parole libératoire
 - Si pression trop importante : prendre quelques congés
 - Pas de stratégie de fuite ou de posture défensive
 - Conseil aux collègues
 - Ecoute, respect
 - Aider la 2nd victime à banaliser
 - Chercher des solutions ensemble
 - Confraternité

Aléa Thérapeutique

- Notion instaurée par la **Loi du 4 Mars 2002**

Principe = dissociation entre notion de faute et de dommage

- Dommage: effet secondaire grave mais imprévisible d'un médicament ou acte médical
- Pas faute thérapeutique (car imprévisible)
- Conséquences
 - Absence de responsabilité du professionnel (ou établissement) de santé
 - Indemnisation de la victime possible au titre de la solidarité nationale

Valable uniquement dans 3 circonstances

- Accidents médicaux
- Affections iatrogènes (dont effets secondaires graves)
- Infections nosocomiales (dont contamination par transfusion)

Indemnisation si et seulement si présence conjointe de 3 critères

- Critère d'imputabilité: dommage imputable à un acte de prévention / diagnostic / soin
- Critère d'imprévisibilité: « conséquences anormales au regard l'évolution prévisible »
- Critère de gravité: taux d'IPP \geq 25% ou ITT \geq 6M ou altération des conditions de vie

Procédure

- Deux organismes
 - CRCl: Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCl)
 - ONIAM: Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)
- Principes
 - Saisie de la CRCl par le patient (ou ses ayants-droits)
 - Expertise médicale par un médecin agréé: évaluer l'IPP / l'absence de faute
 - L'indemnisation se fait par l'ONIAM au titre de la **solidarité nationale**
 - Procédure rapide (en général < 1an) et gratuite
 - Si litige ou refus de l'offre de l'ONIAM: règlement par tribunal **administratif**
 - Délai de prescription = 10ans

