

DYSFONCTIONNEMENT

# L'hôpital est-il dangereux?

Par Xavier de Béthune

Depuis le tournant du siècle, le contexte international est focalisé sur l'identification et la prévention des erreurs médicales. Une admission à l'hôpital comporte en effet un risque propre non négligeable, indépendant de la pathologie qui l'a justifiée.



Les patients entrent à l'hôpital pour s'y faire soigner. Toutefois, certains y deviennent davantage malades parce qu'on n'a pas été en mesure de les soigner ou parce que dans l'institution ils ont été exposés à des risques qui n'existent pas ailleurs. Que penser en effet d'une septicémie sur cathéter central infecté, d'un accident d'anesthésie ou d'une erreur de site chirurgical? Comment de tels événements totalement indésirables peuvent-ils survenir? Et surtout, que pouvons-nous faire pour y remédier?

## Y A-T-IL VRAIMENT UN PROBLÈME?

Une étude réalisée aux Pays-Bas a établi un lien clair entre la satisfaction des patients et les événements indésirables liés à une hospitalisation récente<sup>1</sup>. Le plus étonnant dans cette étude est que ce sont surtout les événements survenus après la sortie de l'hôpital qui réduisent le taux de satisfaction. Les auteurs en concluent que les patients ne s'étaient pas sentis bien informés de ce qui les attendait après leur retour à domicile et se plaignaient des mauvaises surprises.

Cette étude n'est pas isolée. Elle fait partie d'un courant majeur – je devrais plutôt parler d'une lame de fond – apparu dans le monde des soins de santé depuis la publication en 1999 d'un rapport de l'Institute of Medicine américain sur le risque lié aux hospitalisations<sup>2</sup>. Dans ce rapport, les auteurs tirent des conclusions des principales études existant à l'époque et constatent que sur l'ensemble des hôpitaux américains, le nombre de décès évitables équivaut à un Boeing 747 qui s'écrase chaque jour! Les chiffres sont en effet astronomiques et ont été confirmés depuis dans plusieurs pays, dont la Belgique<sup>3</sup>.

L. Leape, un des auteurs majeurs dans le domaine de la sécurité du patient, a comparé les risques liés à différentes activités humaines. Il a établi que le fait d'être admis à l'hôpital en lui-même – et donc indépendamment de toute pathologie sous-jacente – représente un des risques de mortalité les plus élevés qui soient. Ce risque est même comparable à celui d'activités comme le saut à l'élastique. En dehors de cette sonnette d'alarme tonitruante, l'étude comporte surtout des éléments très motivants pour le futur. Les résultats de l'aviation et du secteur nucléaire sont en effet bien meilleurs que ceux du secteur hospitalier. Or, il y a 30 ou 40 ans, ils étaient du même ordre de grandeur. Il y a donc des leçons importantes à tirer de ce que ces industries à haut risque ont réalisé pour améliorer aussi la sécurité dans les hôpitaux.

## D'OÙ PROVIENNENT CES ÉVÉNEMENTS?

À y regarder de plus près, on ne s'étonne plus que la gestion des soins ne soit pas étanche. Plusieurs études portant sur le circuit du patient dans l'hôpital indiquent en effet que chaque patient rencontre au cours de son séjour plusieurs dizaines de personnes, avale ou se fait injecter plusieurs dizaines de doses de médicaments et autres produits, subit plusieurs dizaines d'exams et parfois des interventions. Il faut donc beaucoup de réflexion et de travail pour que la séquence de toutes ces activités soit optimisée, que la communication soit exhaustive entre prestataires et avec le patient. Rien qu'en termes d'informations, cela concerne au minimum les avantages, les

«Il existe des hôpitaux où les risques sont mieux gérés que dans d'autres»

inconvenients et les conditions de réalisation de toutes ces activités, sans oublier les alternatives disponibles. Face à cette complexité, «le risque zéro n'existe pas» est devenu une phrase galvaudée dans les institutions de soins.

Pourtant, il existe des hôpitaux où les risques sont mieux gérés que dans d'autres. Des risques jugés incontournables jusqu'il y a quelques années semblent, dans des publications récentes, être totalement contrôlables. Les infections de voies centrales ou les pneumonies sous ventilation assistée ont disparu des rapports annuels de plusieurs hôpitaux aux États-Unis et au Canada<sup>4</sup>. Des modèles conceptuels et des outils opérationnels existent pour lancer la réflexion et l'action au sein des hôpitaux.

## LE «SWISS CHEESE MODEL»

Le modèle le plus important est sans conteste celui développé par James Reason<sup>5</sup>. Selon cet auteur, l'agent de santé qui «occasionne» un événement indésirable, n'est que le dernier maillon d'une chaîne d'événements qui a démarré longtemps avant qu'il n'entre en jeu et le dépasse



Xavier de Béthune

Docteur en médecine et coordinateur des Initiatives de Qualité Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes

xavier.debethune@mc.be

## Is het ziekenhuis gevaarlijk?

- Sinds de eeuwwisseling ging er internationaal bijzonder veel aandacht naar de identificatie en de preventie van medische fouten. Een verblijf in het ziekenhuis houdt immers nog altijd een niet-verwaarloosbaar risico in, onafhankelijk trouwens van de ziekte die aan de oorsprong ligt van het ziekenhuisverblijf.
- Nochtans bestaan er heel wat hulpmodellen, gebaseerd op ervaringen in andere sectoren met hoge risico's. Die kunnen helpen om ongewenste gebeurtenissen te analyseren, ze te beheren en ze te voorkomen. Ziekenhuizen beschikken over een half dozijn modellen om de gebeurde accidenten te identificeren, waaronder ook de accidenten of de bijna-accidenten die zich in dezelfde omstandigheden hebben voorgedaan, maar dan zonder negatieve gevolgen voor de patiënten.
- In ieder geval vraagt een effectieve aanpak van het probleem meer dan louter een technische oplossing. Er is een algemene mentaliteitswijziging nodig, en in die zin ook een wijziging van de cultuur binnen een instelling.
- Zoals dat in andere landen het geval is, heeft de Belgische Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid sinds 2007 een nationaal beleid uitgestippeld rond medische fouten. In die zin promoot de FOD contracten met ziekenhuizen en geeft ze daarbij ook financiële steun.

très nettement. Même si cette personne se sent éminemment responsable de l'incident ou de l'accident qu'elle estime avoir provoqué, c'est en fait une série de failles dans le système global de gestion de l'hôpital qui a permis à un des risques présents en permanence dans ce contexte de se réaliser. Le dernier geste posé avant l'accident n'est donc que le révélateur de toutes ces failles et blâmer celui qui l'a posé ne résout donc rien. Bien au contraire, cette attitude empêche de partir à la recherche des dysfonctionnements. Et comme ceux-ci ne seront ni identifiés ni corrigés, d'autres incidents ou accidents surviendront inévitablement.

Dans les représentations schématiques du modèle de Reason, on voit une série de barrières mises en place par les institutions, telles l'utilisation de procédures, le travail en équipe, la formation des individus, etc., représentées sous forme de plans verticaux (voir par ex. <http://newbricks.blogspot.com/2007/09/honey-i-lost-nuclear-weapons-bent-spear.html>). Malheureusement, ces plans ne sont pas étanches. Il s'y ouvre des trous plus ou moins grands, à cause desquels la barrière n'assure pas la protection prévue pendant des durées plus ou moins longues. Les exemples sont légion: une procédure est insuffisamment connue ou n'est plus appliquée; un collaborateur intérimaire n'est pas formé à une technique spécialisée; l'utilisation d'un nouveau logiciel n'est pas encore totalement maîtrisée; l'attention d'une personne est réduite à la suite d'une nuit de garde ou de problèmes personnels.

La conjonction de trous dans les différents plans protecteurs au «bon» moment, permet à un risque de se réaliser, de provoquer un incident ou un accident avec des dommages éventuels pour le patient (ou pour le personnel d'ailleurs). Le modèle s'appelle assez logiquement le «swiss cheese model».

## COMMENT S'Y RETROUVER?

Pour démêler cet écheveau de causes multiples, C. Vincent et S. Taylor-Adams ont développé le protocole de Londres<sup>6</sup> (Vincent 2000) à l'aide duquel les hôpitaux peuvent partir à la recherche des multiples facteurs favorisant la survenue d'incidents et d'accidents. Il s'agit de façon très opérationnelle d'identifier les différentes personnes impliquées dans la séquence des événements qui a mené à un accident. Le travail consiste ensuite à recueillir auprès d'elles la description des faits et les opinions sur leurs causes. Ce travail est ensuite synthétisé au cours d'une réunion qui regroupe ces différentes personnes et où les récits sont comparés et les opinions confrontées. Ce type d'analyse mène systématiquement à l'identification de plusieurs facteurs favorisants et à la sélection des plus importants d'entre eux pour mener des actions préventives et correctrices. En anglais, la méthode est souvent décrite comme «root cause analysis». Une description très pédagogique de la méthode se trouve sur [www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk).

Une des principales leçons à tirer de l'expérience des entreprises à hauts risques est qu'il n'est pas utile d'attendre un accident réel et des dommages importants pour pouvoir agir. Chaque incident sans conséquences, ou même mieux, chaque accident évité par une correction à temps du dysfonctionnement, provient de la même séquence de «trous» dans le modèle de Reason qu'un accident réel. Si on analyse donc ces incidents et presque accidents, on a de fortes chances de dépister des dysfonctionnements avant qu'ils n'aient occasionné des dommages. Et les solutions identifiées dans ce cadre ont toutes les chances d'être efficaces. C'est en tout cas ce que les résultats de l'aviation, du nucléaire et de toute une série d'autres industries à hauts

risques semblent démontrer. On ne s'étonne pas dès lors que nos voisins du Nord aient demandé au patron de Shell de faire une évaluation de la sécurité dans les hôpitaux. Son rapport «Hier werk je veilig, of hier werk je niet» a d'ailleurs eu un impact majeur aux Pays-Bas.

## TROUVER LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

La question devient donc: «Où trouver de tels incidents?». La réponse consiste peut-être, malheureusement, à commencer par regarder au niveau des accidents survenus. Aux États-Unis, la JCAHO (organisme d'accréditation des hôpitaux) récolte depuis plusieurs années des événements sentinelles, dont la survenue est tellement grave qu'elle exige la conduite d'une root cause analysis (<http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/>). Citons comme exemples les plus évidents les décès imprévus à l'hôpital, les erreurs de patient ou de site d'intervention chirurgicale, l'administration d'antidotes, les erreurs de groupe transfusionnel ou les tentatives de suicide en milieu psychiatrique.

Les patients entrent à l'hôpital pour s'y faire soigner. Toutefois, certains y deviennent davantage malades parce qu'on n'a pas été en mesure de les soigner ou parce que dans l'institution ils ont été exposés à des risques qui n'existent pas ailleurs.



© Corbis

D'autres sources d'informations facilement accessibles sont les plaintes des patients ou les enquêtes de satisfaction. La survenue d'incidents notifiés dans les dossiers ou relevés dans le cadre du RCM/DI-RHM, comme les chutes, les escarres, la dénutrition ou des admissions inattendues en soins intensifs, est une autre source d'identification d'événements indésirables. Plus l'événement est imprévu pour la catégorie de patients concernée, plus il est utile de procéder à une analyse et d'identifier des mesures correctrices et préventives. L'AHRO a développé une vingtaine de «Patient Safety Indicators» dont le suivi permet d'orienter les équipes hospitalières vers leurs propres priorités.

Pour détecter de façon plus proactive les risques et les incidents, l'aviation utilise depuis de nombreuses années un système de notification volontaire et confidentiel. Chaque pilote ou membre du personnel de bord ou au sol peut notifier tout dysfonctionnement dont il est le témoin direct ou indirect. Les données récoltées sont centralisées, classifiées, analysées et les risques identifiés sont diffusés largement, ainsi que les solutions développées. La contribution de ce système de notification à l'amélioration de la sécurité des passagers est considérée comme majeure.



© Corbis

En milieu hospitalier, de tels systèmes ont déjà été mis en place dans de nombreux endroits. Les conditions de succès les plus importantes sont que:

- les directions soutiennent le système et respectent les règles du jeu;
- ni le notifieur, ni la personne à l'origine d'un incident involontaire ne puissent être blâmés;
- des actions soient prises à la suite des notifications;
- les personnes qui ont notifié soient informées des actions qui ont été entreprises.

Au-delà de ces conditions, plusieurs auteurs recommandent de mettre en place des systèmes de soutien aux personnes déstabilisées par un incident ou un accident dont elles s'attribuent à tort toute la responsabilité<sup>7</sup>.

L'agent de santé qui «occasionne» un événement indésirable n'est que le dernier maillon d'une chaîne d'événements qui a démarré longtemps avant qu'il n'entre en jeu et le dépasse très nettement. Même si cette personne se sent éminemment responsable de l'incident ou de l'accident qu'elle estime avoir provoqué, c'est en fait une série de failles dans le système global de gestion de l'hôpital qui a permis à un des risques présents en permanence dans ce contexte de se réaliser. Le dernier geste posé avant l'accident n'est donc que le révélateur de toutes ces failles et blâmer celui qui l'a posé ne résout donc rien.

et Environnement a donc développé une politique de gestion du risque qui implique directement les hôpitaux à travers un contrat et un financement ad hoc ([www.patient-safety.be](http://www.patient-safety.be)).

La Patient Safety Week d'octobre 2007 avait dressé le bilan de la situation et communiqué les priorités. 80% des hôpitaux belges ont signé le contrat avec le SPF et mis en œuvre une série d'activités:

- élaborer un document de mission, vision et stratégie dans le domaine de la qualité des soins et de la sécurité du patient et le diffuser dans les services de l'hôpital,
- mettre en œuvre l'organigramme correspondant,
- mesurer la culture de sécurité dans l'institution,
- mettre en place un système de notification des événements indésirables,
- initier trois projets de qualité des soins dans différents domaines, dont la sécurité du patient,
- analyser et diffuser dans les services de l'hôpital les résultats du feedback intégré élaboré par le SPF,
- analyser et diffuser dans les services de l'hôpital les résultats du feedback intégré sur les «Patient Safety Indicators» élaboré par le SPF.

On peut considérer qu'il s'agit là d'un vaste mouvement au bénéfice de la sécurité du patient, qu'on retrouve p. ex. aussi aux Pays-Bas ([www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)), en France ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)), mais surtout aux États-Unis (<http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/>) et au Québec ([www.soinsplussecuritairesmaintenant.ca](http://www.soinsplussecuritairesmaintenant.ca)).

## OUI, NOS HÔPITAUX SONT DANGEREUX!

À la question en tête de cet article, il faut donc bien répondre par l'affirmative. Oui, nos hôpitaux sont plus dangereux que ce qu'ils ne devraient l'être. C'est une mauvaise nouvelle pour nous tous. Toutefois, la bonne nouvelle est que nous pouvons y remédier.

Il faut pour ce faire que la survenue d'un incident ou d'un accident dans l'institution où nous travaillons devienne l'occasion d'une analyse en profondeur et de la mise en œuvre de solutions adaptées. Le blâme du notifieur et même de la personne directement impliquée dans la survenue de l'incident doit disparaître de nos pratiques.

Il faut dès lors commencer à penser de façon plus proactive aux risques liés à nos choix quotidiens. Cet acte est-il vraiment utile? Va-t-il être exécuté dans les meilleures conditions? N'y a-t-il pas de facteurs imprévus qui vont perturber ma routine bien huilée par ailleurs? Et enfin, il faut se mettre à mesurer les résultats de ce que nous faisons: combien de patients dans mon service ont-ils développé des infections ou des escarres? Est-ce que mes patients ont mal? Combien de réadmissions précoces y a-t-il parmi mes patients (Porter 2007)<sup>8</sup>? ●

# “ Nos hôpitaux sont plus dangereux que ce qu'ils ne devraient l'être, nous pouvons y remédier ”

## ET EN BELGIQUE...

En Belgique, la situation ne semble malheureusement pas différente des autres pays. Plusieurs études ont démontré aussi bien en termes de mortalité hospitalière que de «Patient Safety Indicators» que l'ordre de grandeur des problèmes est similaire. Depuis 2007, le Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire

1 Marang-van de Mheen P., van Duijn-Bakker N. & Kievit J.: Surgical adverse outcomes and patient's evaluation of quality of care: inherent risk or reduced quality of care? *Postgrad. Med. J.* 2008; 84: 93-8.

2 Kohn L., Corrigan J. & Donaldson M., Eds. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press, 1999.

3 Van den Heede K., Sermeus W., Diya L., Lesaffre E. & Vleugels A.: Adverse outcomes in Belgian acute hospitals: retrospective analysis of the national hospital discharge dataset. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; 18: 211-9.

4 Buerhaus P. & Leape L.: Is Hospital Patient Care Becoming Safer? A Conversation With Lucian Leape. *Insights into how the health care system is changing in response to the growing emphasis on patient safety*. *Hlth Aff* 2007; DOI 10.1377/hlthaff.26.6.w687.

5 Reason J.: Understanding adverse events: the human factor. In: Vincent C. Ed. *Clinical Risk Management. Enhancing Patient Safety*. London, BMJ Books, 2001: 9-30.

6 Vincent C. et al.: Comment enquêter sur des incidents cliniques et les analyser: protocole de l'unité des risques cliniques et de l'association de la gestion du contentieux et

des risques. *BMJ* 2000; 320, 777-81. (Traduction M. Sfez, SFAR).

7 Hewett D. (2001): Supporting staff involved in serious incidents and during litigation. In: *Clinical Risk Management. Enhancing Patient Safety*. Vincent C. Ed. BMJ Books, London, pp.481-495.

8 Porter M. & Teisberg M. (2007): How physicians can change the future of health care. *JAMA*, 297, 1103-1111.