

Article original

Gestion des événements indésirables et sentinelles

Practice safety. How to cope with adverse events or errors in ICU?

F. Clergue, N. Sotirov

Département d'anesthésie, hôpital cantonal universitaire, 24, rue Micheli-du-Crest, CH-1211 Genève 14, Suisse

Reçu et accepté le 4 juin 2003

Résumé

Les erreurs de soins constituent actuellement une cause non négligeable des décès survenant lors des prises en charge médicales. La sécurisation des soins médicaux est désormais une priorité. Les améliorations passent par la prise de conscience que la majorité des erreurs de soins ne sont pas des erreurs délibérées de professionnels négligents, mais sont liées à des erreurs humaines, souvent involontaires, ou à des facteurs organisationnels. La gestion de la sécurité des soins implique des étapes d'identification des risques, d'acceptabilité du niveau de risque souhaité, de maîtrise des risques et des facteurs contribuant aux risques au niveau des intervenants, des méthodes de travail, des équipements, de l'environnement des soins, de l'accessibilité de l'information, et de l'organisation. La sécurité des pratiques repose sur l'introduction d'une plus forte culture de la sécurité des soins. Mais, elle nécessite aussi l'utilisation d'« outils », largement développés dans le domaine des industries à risque, et qui méritent pour certains d'être adaptés au monde des soins hospitaliers : les recueils d'incidents, une plus grande standardisation des pratiques, la vérification du bon suivi de ces référentiels par des audits-qualité, le monitoring de certains indicateurs, les comparaisons des centres entre eux (*bench-marking*).

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The errors of care have been shown to be an important cause of preventable deaths during medical care. The improvement in the safety of medical care is now a priority. Improvements can be obtained by integrating that the majority of medical errors are not deliberate errors done by negligent professionals, but are produced by human errors, usually involuntary, or favored by organizational factors. The safety of care can be obtained through introducing different steps: risk identification, acceptability of the level of risk, management of risk and of its related contributing factors, such as professionals, work methods, equipment, environment of care, information accessibility, organization. Practice safety relies on a greater safety culture within organizations. But, it also requires the use of "safety tools", largely developed in high-risk industries, that should merit to be adapted, for some of them, within the world of patient care: incident reporting, a greater standardization of practices, control of the use of these standards by clinical audits, monitoring of clinical or process indicators, comparison of institutions with similar activities (*bench-marking*).

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Réanimation ; Anesthésie ; Erreurs ; Sécurité ; Organisation ; Qualité

Keywords: Intensive Care; Anesthesia; Errors; Safety; Organisation; Quality

1. Introduction

La période actuelle est à l'évidence une période de changement dans la gestion par la population de ses risques. Notre

société est malade de découvrir que de nouveaux fléaux la menacent. Le monde médical découvre brutalement qu'il est responsable de la cinquième ou huitième cause des décès de la population. Deux rapports provenant d'institutions médicales prestigieuses, *to err is human* d'une part, de l'institut

Adresse e-mail : francois.clergue@hcuge.ch (N. Sotirov).

de médecine américain, et *an organisation with a memory*, d'autre part, du département de la santé britannique, reconnaissent clairement ces problèmes de non-maîtrise de la sécurité des soins médicaux. Les accidents de soins médicaux évitables tuent donc plus que le cancer du sein, le Sida ou les accidents de la route [1,2]. Les médecins ont donc commencé à réagir à ces données, car ces accidents évitables ne peuvent plus être implicitement acceptés comme le « prix à payer » des progrès de la médecine. La connaissance de ces accidents et de leur évitabilité ne vient en réalité qu'accroître le malaise existant depuis quelques années entre les patients et leurs médecins. Ces données heurtent profondément le monde médical, consacrant toute son énergie pour procurer survie et confort aux patients en lutte avec la maladie, et qui se voit brutalement accusé de négligences, fréquentes et parfois fatales pour leurs patients. La question se pose donc de savoir comment prendre en compte et gérer ces problèmes jusqu'ici méconnus ou négligés.

La gestion des erreurs de soins médicaux, encore appelées événements indésirables, sera analysée à travers l'exemple du risque de l'anesthésie.

2. Situation actuelle de la sécurité des soins médicaux

2.1. Rappel des définitions

Il peut tout d'abord être utile de rappeler les définitions des termes employés en matière de sécurité. Par sécurité, on entend la situation dans laquelle le déroulement d'une activité s'effectue sans qu'aucun dommage ne soit occasionné pour ceux qui la subissent ou qui y participent. Si l'on évoque souvent la « sécurité totale », il faut prendre conscience qu'il s'agit plutôt d'un mythe, car comment faire l'hypothèse qu'aucune défaillance technique, humaine, circonstancielle ou environnementale ne viendra perturber le déroulement d'une activité [3] ? On lui préfère donc la notion de « sécurité objective », dans laquelle on vise un risque acceptable, au regard d'efforts techniques et financiers réalistes.

Le risque, défini comme la concrétisation d'un événement non désiré ou redouté, intègre trois composantes :

- **la probabilité** de survenue de l'événement indésirable ;
- **la gravité** des dommages potentiels ;
- **la perception** individuelle ou collective de la situation dangereuse et des dommages potentiels.

Les moyens à mettre en œuvre pour réduire ou maîtriser des risques identifiés et jugés inacceptables sont généralement classés en trois catégories spécifiques :

- **la prévention**, diminuant la probabilité de survenue de certains risques, et faisant intervenir l'importante notion de détectabilité des situations à risques ;
- **la protection**, diminuant non pas la fréquence de survenue des risques mais leur gravité, par une réduction de l'intensité des dommages potentiels, ou par une réduction des conséquences des risques ;
- **le consentement** au risque, ou l'assurance, ne réduisant ni la probabilité de survenue ni la gravité des risques,

mais agissant sur l'acceptation du risque par le patient ou sa famille, ou par transfert du risque (généralement financier) vers un tiers. L'écart souvent important entre la perception initiale du risque encouru et le risque réel est alors réduit.

2.2. Les études identifiant les causes des décès

En anesthésie comme dans toutes les activités à risque, on retire de toutes les enquêtes épidémiologiques que les causes des accidents ont changé au cours des dernières années. Les premières études épidémiologiques ont tout d'abord identifié les décès liés aux défauts de surveillance, pour lesquels des manques d'effectifs ou de moyens de surveillance instrumentale auraient permis de faire disparaître ces accidents évitables. L'acquisition d'équipements de surveillance, en anesthésie, a incontestablement permis de réduire, voire de faire disparaître, certains accidents, comme par exemple ceux liés à l'administration de N₂O pur, ou les accidents secondaires aux déconnexions ou aux intubations œsophagiennes.

Néanmoins, une fois les améliorations obtenues par ces équipements, les progrès deviennent alors minimes, et toutes les enquêtes montrent désormais que 80–90 % des accidents ont comme causes favorisantes une multitude de facteurs humains et organisationnels. Au niveau de l'ensemble des spécialités médicales, le suivi des événements sentinelles (75 % de décès), rapportés à la Joint Commission de 1995 à 2002 (www.jcaho.org), montrait que les principaux facteurs contributifs aux accidents de soins concernaient, par ordre décroissant d'importance, les problèmes suivants : communication, formation, évaluation des patients, disponibilité des informations, effectifs en personnel... Le schéma traditionnel de l'accident, pour lequel on recherche l'intervenant responsable, ayant travaillé sans respect des règles de sécurité, et qu'il est donc légitime de sanctionner pour rétablir la sécurité, s'effondre. Comme dans tous les domaines d'activité complexe à risque, il existe en réalité de multiples causes et de nombreux responsables de la survenue de la plupart des accidents. En toute logique, la conséquence de cette réalité est qu'aucune amélioration réelle de la sécurité ne peut être espérée si l'on n'adjoint pas au concept actuel de sécurité, fondé sur l'individu, son respect des règles de sécurité et sa compétence, la prise en considération des erreurs humaines et organisationnelles. Les hommes au travail produisent et corrigent continuellement des erreurs de décision, d'intention ou d'exécution, que le système doit prendre en compte pour prévenir ou détecter précocement la survenue des conséquences des erreurs commises et non détectées spontanément. De même, les individus travaillent dans un système dont l'organisation peut leur imposer des contraintes rendant la survenue des erreurs inéluctable, et méritant une analyse en profondeur et les éventuelles corrections.

3. L'acceptabilité du risque

3.1. Le risque médical comparé à d'autres risques

Avant d'aborder l'identification des risques et leurs mesures correctrices, l'une des premières étapes de la gestion d'un risque est de s'interroger sur son niveau d'acceptabilité. Compte tenu de l'aspect très subjectif d'une telle détermination, il peut être intéressant de rappeler les niveaux de risque auxquels chacun, dans son quotidien, est exposé. Le niveau actuel de risque global pour une anesthésie, est d'un décès pour 20 000 actes. Le risque de décès évitable lors d'une hospitalisation est de huit décès pour 10 000 hospitalisations [5]. Celui lié aux accidents mortels par erreur dans l'administration des médicaments est de 6,5 décès pour 10 000 hospitalisations [6]. Ces différents risques sont globalement voisins de celui encouru par le cumul d'une année de conduite automobile. Si cette comparaison est « parlante », on peut cependant se demander si elle est la plus adéquate, le risque automobile touchant un domaine si particulier, de conflit entre l'exigence légitime d'une garantie collective de protection et un moyen de transport (ou un plaisir) où s'affirme si fortement la liberté individuelle [4]. L'une des raisons qui expliquent la relative acceptabilité des décès par erreurs de soins est liée au fait que ces accidents sont échelonnés dans le temps, survenant l'un après l'autre (contrairement aux accidents de transport), et ne sont pas subits, souvent précédés d'une aggravation progressive (contrairement aux morts anesthésiques).

À l'autre extrême du spectre des niveaux de risque se situe le risque du transport aérien, probablement le mieux « maîtrisé », responsable d'un accident pour 8 millions de vols ($1,25 \cdot 10^{-7}$), équivalant à l'écrasement d'un vol quotidien tous les 21 000 ans [7]. S'il est difficile de cibler pour le risque médical le niveau du risque aéronautique, en revanche, il pourrait être réaliste de viser un niveau de risque de l'ordre d'un accident pour un million d'actes réalisés. On observe, par exemple pour l'anesthésie des sujets ASA 1, que la réduction du risque anesthésique vers des niveaux proches de cette cible (risque de l'analgésie obstétricale : deux à six décès par million) s'est aussi accompagnée d'une réduction importante de la pression des médias vis-à-vis de ce risque. Rappelons également que plus un risque est jugé comme « maîtrisé », plus le risque rémanent évitable est jugé insupportable, et porté par les médias.

3.2. Le climat sécuritaire actuel

La nouvelle prise de conscience par la population de sa vulnérabilité et d'une sécurisation insuffisante du système de soins a pour principale conséquence que les professionnels vont désormais devoir retrouver la confiance perdue. Si jusqu'alors la confiance dans la délivrance des bons soins était acquise, cette inversion de la charge de la preuve implique qu'il revient désormais aux médecins de prouver que le système de soins qu'ils gèrent est sûr.

Ceci va donc demander que chaque centre de soins dispose d'une lisibilité du suivi des bonnes pratiques. Peu de centres de soins sont actuellement capables de faire la démonstration qu'ils offrent une sécurité optimale. Les résultats de mortalité ou de morbidité sont, en outre, insuffisants. Comment, en effet, garantir dans un hôpital réalisant 1000 accouchements sous péridurale par année que le niveau de risque est de deux décès par million, la preuve ne pouvant être apportée qu'après 500 ans de pratique. Les démarches sécuritaires plus explicites actuelles n'apporteront pas cette preuve, mais elles offriront au moins une meilleure lisibilité sur le suivi des bonnes pratiques. Leur développement s'avérera incontournable, et elles entraîneront parallèlement des améliorations de la sécurité anesthésique, car il est bien connu que se préoccuper d'un problème c'est le résoudre partiellement (effet Hawthorne).

Un argument supplémentaire dans l'acceptabilité du risque des soins médicaux est lié à celui auquel sont soumis les médecins eux-mêmes, potentiellement concernés et impliqués en cas d'accident chez un de leurs patients. Il est intéressant de prendre conscience du risque qu'encourt, par exemple, un médecin anesthésiste d'être associé à un accident, ce qui, par corollaire, pourrait l'inciter à accepter certaines contraintes pour le réduire ? Pour les niveaux de risque actuel, d'un décès pour 20 000 anesthésies (toutes classes ASA confondues) ou de deux décès par million d'anesthésies (patients ASA I), la probabilité qu'un médecin anesthésiste exerçant durant 30 ans soit impliqué dans un décès anesthésique est de 79 % lorsque toutes les classes ASA sont prises en compte, et de 6 % lorsque l'on ne considère que les patients ASA I [3]. Ces chiffres laissent penser qu'une poursuite des efforts de sécurité sera souhaitée et acceptée par nos collègues.

4. Identification des différents composants du risque

Réduire le risque d'une activité impose d'identifier l'ensemble des facteurs contribuant à la survenue potentielle de l'accident. Vis-à-vis du risque d'une activité médicale, ceux-ci concernent généralement tout d'abord les facteurs contributifs liés aux patients, à leur état pathologique, imposant des décisions de prise en charge, l'exécution d'actes interventionnels, pour lesquelles des erreurs peuvent survenir.

La méthode consiste donc à identifier ces risques, et à déterminer explicitement les méthodes de prise en charge. La bonne maîtrise d'un risque sera confirmée lorsqu'il sera possible de montrer que cette bonne pratique affichée est suivie par tous dans le service ou la clinique concernée. C'est bien cela qu'implique l'inversion de la charge de la preuve. On est alors capable de garantir que la qualité du travail, fait jusqu'alors en toute confiance, est bien réalisé par l'ensemble de l'équipe à qui le patient s'est confié.

Outre la prise en charge des risques-patient, facteur essentiel de la morbidité, les risques du « processus de soins » doivent également être maîtrisés. Plus les risques-patient

sont réduits, plus le risque d'accident de soins est faible statistiquement, mais plus il est « inacceptable », surtout s'il résulte d'une défaillance du « processus de soins », plutôt que d'un facteur lié au patient lui-même. L'amélioration des risques liés au « processus de soins » nécessite une préalable identification des différents facteurs en cause, que l'on peut classer en six facteurs de risque principaux :

- les facteurs liés aux intervenants, médecins et infirmières : leur mode de sélection, leur formation, leur recertification, leurs connaissances et leurs capacités de les utiliser, leurs capacités de communication, leur état de fatigue, leur adaptation aux différents sites d'exercice, etc. ;
- les facteurs liés aux méthodes de travail utilisées : techniques de soins utilisées, secteur par secteur, formalisation des procédures utilisées, formation offerte aux cliniciens par rapport à ces techniques, choix d'utilisation des techniques pour les différents patients, la mise en œuvre des techniques de soins par les médecins en formation ou les médecins certifiés mais devenus moins expérimentés pour certaines pratiques, disponibilité des équipements et médicaments associés à la pratique de ces techniques, etc. ;
- les facteurs liés aux équipements et consommables : méthodes d'acquisition, de maintenance préventive et curative des différents équipements : décrits et suivis, inventaire exhaustif des équipements, fiche de vie des équipements, méthode et organisation formalisée des étalonnages des instruments de mesure etc. ;
- les facteurs liés à l'environnement : sites ayant un environnement isolé imposant une pratique particulière pour garantir la sécurité, sites imposant des appareillages spécifiques et une formation adaptée ;
- les facteurs liés à l'information : communication des informations liées aux patients, disponibilité des dossiers médicaux à toute heure, transmission des dossiers entre les différents sites d'une institution, organisation des programmes opératoires, communication avec les différentes spécialités médicales : clarification des attentes d'information pour chacun, communication avec les services de soutien, banque du sang, laboratoires, etc. ;
- les facteurs liés à l'organisation et au management : organisation du travail et disponibilité du personnel en fonction de la charge de travail et des urgences éventuelles, ambiance au travail et culture sécuritaire du service et de l'établissement, rapports humains entre les personnes et les équipes, etc.

Après ce « démembrement » de l'ensemble des risques potentiellement liés aux soins médicaux, et leur identification globale, il est souhaitable de mettre en regard de ces différents facteurs de risque les mesures déjà mises en place pour les maîtriser, et celles qu'il serait souhaitable de prendre, en sélectionnant les priorités, qui doivent privilégier deux types d'action :

- celles qui s'adressent aux risques les plus graves, en termes de criticité (fréquence X gravité) ;

- celles qui sont simples à mettre en œuvre pour supprimer un risque identifié.

5. Les voies d'amélioration de la sécurité des soins médicaux

Dès lors que l'objectif est d'améliorer la sécurité des soins et de changer les pratiques dangereuses, la question essentielle concerne alors les choix prioritaires dans les actions à mener. Donabedian rappelait que l'amélioration de la qualité des soins médicaux devrait prioritairement passer par des actions à trois niveaux : les structures et les ressources des soins, le processus de soins, et la mesure des résultats des soins [8]. Dans les années 1980–1990, les disciplines comme l'anesthésie–réanimation se sont fortement impliquées dans l'amélioration des structures (équipements, salles de réveil) et des ressources humaines nécessaires. Dans les années 1990, dans de nombreuses disciplines l'intérêt s'est porté vers le développement de guidelines, dont on peut s'interroger sur leur efficacité. Dès qu'ils s'adressent au processus de soins, et notamment aux décisions médicales, les guidelines sont difficilement acceptés, surtout s'ils abordent des thèmes pour lesquels les praticiens n'ont pas le sentiment de difficultés particulières.

Les guidelines ne sont cependant pas les seuls outils à mettre en place. Sous le terme de « processus de soins », c'est l'analyse des tâches qui est concernée. Si l'on veut réduire les erreurs dans des activités telles que, par exemple, l'administration des médicaments ou les transmissions entre deux équipes médicales ou infirmières, il conviendra de réellement s'interroger sur l'efficacité des tâches, telles qu'elles sont actuellement conçues. Si l'on prend l'exemple des seringues de produits médicamenteux, dont la préparation et les dilutions sont effectuées par les infirmières ou les médecins dans les services d'anesthésie ou de réanimation, le taux d'erreurs de telles préparations est de l'ordre de 3 à 6 %. Plutôt que d'inciter le personnel à réduire ce taux d'erreur, une réelle réduction du taux d'erreur par un facteur 100 ou 1000 ne pourra être obtenue que par un changement de la conception de ces tâches, en s'adressant par exemple à des préparations industrielles.

5.1. Mesures générales

Face à ces différents facteurs de risque, des méthodes générales de gestion des risques s'intègrent dans des programmes de gestion des risques, visant à les « maîtriser ». Ces programmes intègrent :

- **le recueil des incidents et accidents, source d'enrichissement et de prévention des récurrences** : le recueil systématique des incidents et accidents, encore appelé retour d'expérience dans le milieu industriel, fait aujourd'hui partie des outils indispensables à l'amélioration de la sécurité anesthésique. L'objectif est de collecter, analyser et transmettre l'information des incidents, riches par la « fenêtre sur le quotidien » qu'ils

offrent sur le fonctionnement du service. Ce système de déclaration des erreurs doit être centré sur le système et non sur les personnes. En effet, c'est à partir de ces informations qu'il est possible de comprendre les mécanismes par lesquels ils surviennent et de mettre en œuvre des mesures préventives [9]. La mise en place d'un recueil des incidents est une démarche importante pour introduire la « culture de sécurité ». Elle montre l'intérêt que porte la hiérarchie aux défaillances, mais il faut être vigilant pour éviter qu'un tel outil ne soit considéré comme une méthode de délation, si l'état d'esprit n'est pas préalablement préparé. Idéalement, la hiérarchie du service ne doit pas interférer avec l'analyse des incidents déclarés. Différentes méthodes de déclaration peuvent être utilisées : forme narrative, questionnaire plus directif, caractère confidentiel et/ou anonyme des déclarations. Le succès de sa mise en place dépend avant tout de la participation des professionnels, et de la culture « non punitive » de l'erreur mise en place. Un tel recueil collecte initialement les erreurs liées aux médicaments, aux équipements... aux autres, mais il faut être conscient qu'un tel recueil ne devient réellement efficace que lorsque les déclarations concernent les propres erreurs et les violations de règles commises par les déclarants ;

- **une standardisation des pratiques** : la variabilité actuelle de bon nombre de pratiques médicales, pour des patients présentant des conditions pathologiques identiques, témoigne bien souvent d'une maîtrise insuffisante des connaissances médicales, en croissance continue. En outre, la standardisation des pratiques professionnelles est une des conséquences logiques de la médecine fondée sur des preuves, qui doit donc déboucher sur des algorithmes d'aide à la décision, des plans de soins ou des procédures. L'utilisation de référentiels ou guidelines, acceptés de façon consensuelle, devrait permettre de réduire des pratiques variables, sources d'actes souvent inutiles, coûteux et parfois dangereux. À côté de ces avantages sur le plan de la sécurité, la standardisation représente une avancée importante en matière de documentation car il devient inutile de décrire dans le détail et pour chaque patient ce qui a été fait, si un standard qui a fait l'objet d'une rédaction détaillée a été suivi ;
- **des audits-qualité** : lorsque l'examen systématique de la littérature scientifique permet de dégager un état de l'art, celui-ci prend alors valeur de référentiel et doit être mis en œuvre au quotidien. Cependant, afin de prévenir des dérives toujours possibles, notamment du fait des rotations de personnel, il est nécessaire de pouvoir vérifier à intervalles réguliers si la pratique est conforme au référentiel adopté par l'équipe médico-infirmière. Ceci peut être obtenu par la conduite d'audits-qualité réussis, dont la réalisation est confiée à des observateurs indépendants. Ils permettent d'identifier les écarts et de déclencher des actions correctives en cas de besoins [10] ;

- **le « monitoring » systématique de certains « indicateurs »** : le suivi de la mortalité et de la morbidité est indispensable si l'on veut identifier précocement les dégradations de performances. Le contrôle périodique des résultats de la prise en charge permet aux opérateurs de vérifier que les écarts observés peuvent être attribués statistiquement au hasard (causes communes) [11]. En cas de dépassement des valeurs limites, il existe une forte présomption que des facteurs particuliers ont provoqué la variation (causes spéciales). Ces facteurs doivent alors être recherchés et des actions correctives doivent alors être mises en place. La périodicité des contrôles est un élément déterminant pour appréhender la variabilité. En effet, un pourcentage stable de complications d'une année à l'autre peut très bien masquer d'importantes variations à l'échelle du mois ou de la semaine.

5.2. La comparaison des résultats obtenus à ceux d'autres centres (bench-marking)

Afin de pouvoir juger de la qualité de la prise en charge, les performances des soins médicaux devraient être évaluées par comparaison avec celles des pairs. Le développement de modèles d'ajustement des risques en fonction de l'état de santé des patients et de la nature de la prise en charge devrait permettre à chaque structure et à chaque opérateur de se comparer à d'autres [9].

5.3. Une amélioration de la communication

La bonne communication entre les différentes équipes médicales, de même qu'avec l'ensemble du personnel soignant est un élément essentiel de la bonne « ambiance », facteur déterminant de la sécurité. Il apparaît en tête des causes racines d'accidents relevés par la Joint Commission en 2003. Qui monterait dans un avion où de vives altercations surviendraient entre le pilote et le copilote ?

5.4. Une amélioration de la formation

La formation concerne les différentes phases de la prise en charge d'un patient. Elle touche tant à l'évaluation du patient, qu'aux décisions thérapeutiques, à la réalisation des actes techniques, à la gestion des incidents ou à l'utilisation des équipements. Elle doit s'adresser à la fois aux médecins en cours de formation et aux praticiens plus expérimentés, appelés à réaliser des actes moins familiers. En particulier, des simulations pour la prise en charge des accidents rares peuvent permettre d'éviter que de simples incidents ne se transforment en catastrophes.

6. Conclusion

L'amélioration de la sécurité des soins médicaux est actuellement dans une période charnière. Toutes les études

récentes montrent que les progrès ne peuvent provenir que d'une réduction des défaillances humaines et d'une amélioration de l'organisation des soins. Si la plupart des experts dans ce domaine s'accordent sur ce constat [12], peu d'expériences existent pour guider vers les bons choix pour mieux prendre en compte le facteur humain. Il est alors bien logique de se tourner vers les expériences acquises dans les domaines des industries à risque (aéronautique, industrie nucléaire ou pétrochimie), qui ont su gérer ces risques, mais généralement au prix de moyens financiers importants et en s'adressant à des domaines moins complexes que les soins des patients malades. Les pistes actuelles orientent vers les actions suivantes :

- introduction d'une culture de l'erreur ;
- mise en place des « retours d'expérience » ou systèmes de recueil des incidents, afin de connaître les défaillances du système de soins et de permettre leurs corrections ;
- réorganisation de la structure et l'organisation du travail, à partir d'une vision sécuritaire ;
- identification, parmi l'ensemble des mesures de sécurité, des priorités, qui devront être appliquées et faire l'objet d'un suivi rigoureux ;
- gestion de l'information, condition indispensable pour intégrer les concepts sécuritaires dans le quotidien, et éviter de transformer ces nouvelles mesures en une surcharge bureaucratique ;
- standardisation de certaines pratiques, utile pour réduire certaines variations inutiles, voire dangereuses, de l'utilisation de certaines techniques ou de certains médicaments.

Enfin, un travail plus systématique en multidisciplinarité, intégrant médecins, infirmiers, qualitatifs, ingénieurs biomédicaux et administrateurs, et, de façon plus large, une

meilleure communication sont des conditions indispensables pour l'amélioration de la sécurité des soins médicaux. L'intégration de ces nouveaux concepts sécuritaires dans les années qui viennent constitue un enjeu important pour l'image de la médecine.

Références

- [1] An organisation with a memory. Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. London: Department of Health; 2000.
- [2] Institute of medicine. To err is human. In: Kohn Linda T, Corrigan Janet M, Donaldson Molla S, editors. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- [3] Desroches A. Concepts et méthodes probabilistes de base de la sécurité. Paris: Lavoisier — Tec et Doc; 1995.
- [4] Malaterre G. Risque et sécurité sur la route. *Projet* 2000;261:73–82.
- [5] Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care* 2000;38:261–71.
- [6] Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implications for prevention. *Jama* 1995;274:29–34.
- [7] Office of System Safety. A report on issues related to public interest in aviation safety data. Washington, DC: Federal Aviation Administration; 1997.
- [8] Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Jama* 1988;260(1):743–8.
- [9] Clark RE. The STS Cardiac Surgery National Database: an update. *Ann Thorac Surg* 1995;59:1376–81.
- [10] Shulman IA, Lohr K, Derdarian AK, Picurkaric JM. Monitoring transfusionist practices: a strategy for improving transfusion safety. *Transfusion* 1994;34:11–5.
- [11] Boëlle PY, Garnerin P, Sicard JF, Clergue F, Bonnet F. Voluntary reporting system in anaesthesia: is there a link between undesirable and critical events? *Quality in Health Care* 2000;9:203–9.
- [12] Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Aldershot, Hampshire (England): Ashgate Publishing Limited; 1997.