

Gestion des risques à l'hôpital

Le difficile exercice de la transparence

24.10.06 - HOSPIMEDIA - Si le développement d'une culture de la transparence apparaît comme la condition sine qua non d'une bonne gestion des risques à l'hôpital, sa mise en place ne va pas de soi. Dans ce domaine les équipes médicales doivent faire face à de nombreuses contradictions résultant notamment du fameux « doit-on tout dire ? ». Les participants au cinquième congrès de l'AFGRIS ont apprécié jeudi et vendredi dernier à la Bourse du travail de Saint-Denis toutes les difficultés du passage de l'obscurité à la transparence dans le management des risques en soin.

La rubrique des faits divers qui ces dernières semaines a été riche en erreurs médicales (accident de radiothérapie à Epinal, inversion de rein à Douai...) apparaît comme le baromètre de cette transparence souhaitée, voulue mais aussi imposée sous la pression des médias et même de l'Etat à grand renfort de réglementations ou de procédures qualitatives. Au congrès de l'Association française des gestionnaires de risques sanitaires (AFGRIS), qui s'est déroulé jeudi et vendredi dernier à la Bourse du travail de Saint-Denis, les faits divers ont donc été à l'ordre du jour. Pour démontrer toute la gravité des erreurs médicales et proposer les solutions qui pourraient être mises en place pour les éviter, Christian Sicot, médecin expert à la MACSF a projeté et commenté des articles de presse. Présenter des extraits de journaux relatant les faits divers dans un congrès médical est une pratique anglo-saxonne qui généralement a quelques difficultés à passer la frontière. Christian Sicot s'est demandé au cours de son exposé si une démarche de signalement mise en place au niveau national pouvait entraîner une diminution des accidents observés en secteur opératoire ? Il a répondu négativement à sa propre interrogation en estimant que " *si la démarche de signalement était nécessaire elle resterait insuffisante en l'absence de mesures offensives de réduction des risques* ".

Réduction des risques

Des mesures de réduction des risques Christian Sicot en a cité quelques unes, qui lui paraissent évidentes et qui ne sont pourtant pas appliquées. Pour éviter dans les " *erreurs de côté* " l'opération du mauvais organe, il préconise comme aux Etats-Unis ou à Genève la solution du " *crayon feutre* ". Il suffit selon lui, pour le chirurgien d'apposer sur le patient à l'endroit de la future opération sa signature au marqueur. A l'arrivée au bloc, trois mesures de vérification sont possibles. Tout d'abord, le patient interrogé précise l'endroit où il doit être opéré. Cette information est également présente dans le dossier patient et dans la feuille du programme opératoire. Si un des éléments est discordant la procédure opératoire est suspendue et l'erreur de côté évitée. Il a aussi présenté une solution pour les accidents de posture du type " *cécité unilatérale après une chirurgie du rachis en décubitus ventral* ". Dans l'exemple qu'il a cité, la lésion a été causée par la pression de l'oeil droit sur la tétière. L'utilisation d'un nouveau type de tétière qui stabilise la tête sans comprimer le globe oculaire est selon lui la solution préconisée. Troisième exemple, une contamination per-coloscopique par le virus de l'hépatite C aurait pu être évitée en changeant l'ordre de passage des patients et en traitant la personne porteuse du virus en dernier. A travers ces exemples, Christian Sicot a voulu démontrer qu'à " *tout accident fautif, il est généralement possible d'opposer une mesure corrective* " qui devrait selon lui être " *réglementée et dont la traçabilité devrait faire partie de l'accréditation des médecins et de la certification des établissements* ". C'est toute une culture de la gestion des risques qu'il faut changer, se sont donc accordés les intervenants.

Une nouvelle culture

Pour des raisons historiques tout d'abord, l'approche traditionnelle de la gestion des risques reste souvent une " *recherche de la culpabilité* ", a déclaré Benoît Plaud, professeur d'anesthésie au CHU de Caen. Ce qui est loin d'encourager la transparence. Il faut donc impulser la culture de la transparence dans un climat d'apprentissage, a précisé Emmanuel René, gastroentérologue au CHU de Bichat. Plusieurs intervenants ont évoqué la nécessité des signalements en interne permettant d'identifier les risques et d'envisager rapidement une solution. Ils ont également évoqué la maîtrise de l'information afin de communiquer à tout le monde les mêmes données sur le sujet et d'éviter la propagation d'un climat de peur souvent engendré suite à l'annonce d'une erreur médicale. Annick Macrez, directrice de la qualité et de gestion des risques à l'hôpital Bichat (AP-HP), considère pour sa part que pour aider un établissement de santé à aller vers plus de transparence il faut avant toute chose bien connaître l'hôpital, ce qu'il prend en charge, ses éléments sensibles et ses dysfonctionnements. Elle préconise pour cela d'établir une cartographie des risques qui regrouperait les différentes sources d'information qui existent aujourd'hui.

La transparence dans la gestion des risques hospitaliers en règle générale reste aujourd'hui encore mal maîtrisée. Médias, acteurs de santé, ministère, patients ont encore beaucoup de difficulté à dialoguer et échanger sur le sujet

des erreurs médicales.

Lydie Watremetz

Les accidents en secteur opératoire déclarés à la MACSF entre 1993 et 2002

Le Sou Médical, groupe MACSF a reçu 497 déclarations d'erreurs médicales entre 1993 et 2002 de la part d'anesthésistes-réanimateurs, de chirurgiens, de gynéco-obstétriciens, d'ophtalmologistes, d'ORL, de gastro-entérologues, d'IADE ou d'IBODE. Cette liste de déclarations donne un bon aperçu des différents accidents qui peuvent survenir :

- Oubli de corps étrangers 158 (32%)
- Accidents de posture (ou positionnels) 119 (24%) (atteintes neurologiques périphériques 108, cécité unilatérale 7, rhabdomyolyse 1, lésions cutanéomuqueuses 3)
- Brûlure par bistouri électrique 93 (19%)
- Autres brûlures 12 (2,5%)
- Erreurs 49 (10%) (erreur de personne 2, erreur d'intervention 9, erreur de côté 31, erreur d'étage (rachis) 4, erreur de doigt 3)
- Chute de table d'intervention ou du brancard 40 (8%)
- Accident d'incompatibilité transfusionnelle 10 (2%)
- Contamination par le virus C (endoscopie digestive) 7
- Erreur d'administration médicamenteuse 6
- Accident d'exposition au sang 1
- Prothèse non disponible 1
- Perte de prélèvement biopsique 1

L.W.

Tous droits réservés 2001/2006 - HOSPIMEDIA

Les informations publiées par HOSPIMEDIA sont réservées au seul usage de ses abonnés. Pour toute demande de droits de reproduction et de diffusion, contacter HOSPIMEDIA (copyright@hospimedia.fr). Plus d'information sur le copyright et le droit d'auteur appliqués aux contenus publiés par HOSPIMEDIA dans la rubrique [conditions d'utilisation](#).

SUJET : RADIOPROTECTION CANCER HOPITAL GESTION RISQUE AFGRIS

TITRE : Gestion des risques en radiothérapie: un spécialiste plaide pour la déclaration anonyme et non sanctionnante des petits événements quotidiens

PARIS, 20 octobre 2006 (APM) - Un spécialiste a plaidé vendredi au cours d'un congrès sur la gestion des risques à l'hôpital en faveur d'une déclaration "anonyme et non sanctionnante" des petits événements quotidiens survenant en radiothérapie.

L'Association française des gestionnaires de risques sanitaires (Afgris) a organisé jeudi et vendredi à Saint-Denis (Seine-Saint-Denis) son congrès sur "le management des risques en soins: passage de l'obscurité à la transparence".

Le Pr Jean-Léon Lagrange, du service de radiothérapie de l'hôpital Henri Mondor à Créteil (Val-de-Marne), a indiqué à l'APM que l'Afgris lui avait demandé "il y a longtemps" de faire une présentation sur la gestion des risques en radiothérapie, et notamment avant que ne soient rendus publics récemment les accidents d'Epinal (Vosges) et d'Amiens (Somme).

Sa présentation sur "le recueil et l'analyse comparée des événements en radiothérapie" a été faite vendredi matin au congrès de l'Afgris, par un des responsables de l'association.

En radiothérapie, les incidents graves, qui sont rares, doivent être déclarés aux autorités sanitaires. Mais il n'y a pas de règle pour les petits événements ou les petites erreurs de la vie quotidienne, qui concernent environ 1% des faisceaux et quelque 3% des patients et dont les effets sont nuls ou très faibles, indique le Pr Lagrange, dans un document écrit.

Pourtant, la déclaration de ces événements apparaît importante comme signaux sentinelles d'alerte ou de dysfonctionnement, leur analyse pouvant permettre de prévenir les incidents plus graves, ajoute-t-il en soulignant que la déclaration des événements doit servir à la fois au service de radiothérapie à son origine mais aussi à tous les services via un partage de toutes les expériences.

D'ailleurs, l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) envisage de créer un registre de ces événements, sans juger de leur qualité et de leur nature, en demandant aux établissements de santé de les répertorier, rappelle-t-on (cf dépêche APM VBJJ3002).

Si la déclaration des incidents graves n'est pas anonyme notamment pour des questions juridiques, celle des petits événements doit l'être et "non sanctionnante", sinon il y aura une "sous-déclaration", indique à l'APM le Pr Lagrange.

Le spécialiste cite en exemple le système européen mis en place par l'European Society of Radiotherapy and Oncology (ESTRO), basé sur une remontée volontaire et anonyme de données qui sont ensuite partagées sur internet (www.rosis.info, avec ROSIS pour Radiation Oncology Safety Information System).

Le Pr Lagrange plaide enfin pour une "organisation rigoureuse de validation en équipe", ce qui a été mis en place dans son service où un "staff pluridisciplinaire revoit tous les jours les dossiers du jour ou de la veille avant le début du traitement" et enregistre les anomalies même si le traitement n'a pas eu lieu.

vdb/cd/APM polsan
redaction@apmnews.com

VBJJ003 20/10/2006 16:54 ACTU CANCER

Copyright © APM - Tous droits réservés

SUJET : INFECTIO NOSOCOMIAL VHC JUSTICE CTINILS SFED SOU MEDICAL

TITRE : Le Comité technique des infections nosocomiales devrait rendre début 2007 un avis sur l'ordre de passage en endoscopie des patients VHC+

PARIS, 26 octobre 2006 (APM) - Le Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) devrait rendre début 2007 un avis sur l'ordre de passage en endoscopie des patients atteints d'une hépatite C, a-t-on appris auprès de la présidente du groupe de travail.

A la demande de la Direction générale de la santé (DGS), le Pr Gilles Beaucaire, qui préside le CTINILS, a confié une mission en février à un groupe de travail sur le sujet, a indiqué à l'APM le Dr Emmanuelle Girou, praticien hygiéniste à l'hôpital Henri Mondor à Créteil (Val-de-Marne), membre du CTINILS et présidente du groupe de travail.

Le travail concerne de manière générale tous les virus connus qui peuvent être transmis par le sang, ajoute-t-elle.

Cet avis est très attendu par les professionnels de santé dans la mesure où une polémique a éclaté en 2005 après une affaire judiciaire entre la Société française d'endoscopie digestive (Sfed), qui est contre l'ordre de passage en endoscopie, et la société d'assurances Le Sou Médical (groupe MACSF), qui y est favorable, note-t-on (cf dépêche APM VBIFK004).

Selon Christian Sicot, secrétaire général du Sou Médical, le groupe de travail du CTINILS serait également défavorable à l'inscription en fin de séance d'endoscopie digestive tout patient connu pour être porteur du VHC, s'il l'on en croit sa présentation écrite au congrès de l'Association française des gestionnaires de risques sanitaires (Agris) qui s'est tenu en fin de semaine dernière à Saint-Denis (Seine-Saint-Denis).

"Cela n'engage que lui. Nous sommes en train de peser le pour et le contre et les délibérations sont confidentielles". Elles devront ensuite être votées par le CTINILS en séance plénière avant d'être diffusées, répond à l'APM le Dr Girou.

UN ARRET DE LA COUR D'APPEL DE 2006 QUI FAIT JURISPRUDENCE

Sur le plateau de la balance des "pour", Christian Sicot place la jurisprudence découlant de l'affaire à l'origine de la polémique, et plus précisément un arrêt du 8 juin de la cour d'appel de Douai (Nord), aucun pourvoi en Cour de cassation n'ayant été formulé.

L'affaire remonte à 1996 lorsqu'une patiente a développé une hépatite C après la réalisation d'une coloscopie sous anesthésie générale dans une clinique. Le tribunal de grande instance (TGI) ayant eu à juger cette affaire a considéré en 2003 qu'il s'agissait d'une infection nosocomiale et a condamné la clinique.

Il a retenu que la patiente était infectée par un VHC de même génotype qu'une infirmière qui avait fait l'objet juste avant elle d'une coloscopie et qui était connue pour être atteinte d'une hépatite C.

Le TGI a reconnu que le mécanisme de la contamination n'était pas évident car, selon les déclarations du médecin, qui n'ont pu être confirmées en l'absence de traçabilité, les deux patientes n'auraient pas été examinées avec le même endoscope. Mais il a retenu les critiques de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass), et notamment celle sur l'ordre de passage.

Dans son arrêt du 8 juin, la cour d'appel de Douai a confirmé le jugement en première instance condamnant la clinique. En revanche et contrairement à la décision des premiers juges, elle a retenu la co-responsabilité du gastroentérologue ayant réalisé la coloscopie, le condamnant à indemniser le préjudice de la plaignante avec la clinique, explique Christian Sicot.

La cour d'appel a rejeté l'explication avancée par le gastroentérologue à l'expert selon laquelle l'infirmière atteinte d'une hépatite C aurait dû passer en dernière position mais qu'il y a eu une erreur de brancardage en cette période de vacances estivales.

Elle a estimé que le gastroentérologue avait commis un "manquement grave à son obligation de prudence" en acceptant "en toute connaissance de cause" de procéder à la coloscopie de la plaignante après avoir réalisé celle de l'infirmière atteinte d'une hépatite C.

vdb/eh/APM polsan
redaction@apmnews.com

VBJP002 26/10/2006 12:18 ACTU IP