

Recommandations pour la gestion d'un «événement grave» survenant lors d'une prise en charge médicale

A. Wolff, A. Forster, F. Clergue

Introduction

En dépit des progrès réalisés dans la prévention et dans la gestion des incidents critiques, la médecine reste un domaine où surviennent des événements graves non prévus pouvant mettre en danger la vie des patients. Les conséquences d'un «événement grave» sont aussi bien physiques, psychologiques, qu'organisationnelles et elles impliquent non seulement le patient et sa famille, mais aussi toute l'équipe de soins. De plus, bien souvent, elles ont également des implications médico-légales, économiques et médiatiques. Plus l'événement est grave, plus il engendre de stress, plus il est difficile à gérer. Face à cette situation et à la complexité de ses conséquences, l'anticipation d'une procédure spécifique permet d'optimiser leur gestion [1]. L'anesthésie est un domaine particulièrement exposé à la survenue d'«événements graves». Une enquête récente, effectuée dans plus du tiers des hôpitaux des Pays-Bas, avait retrouvé un taux de décès postopératoire (24 premières heures) de 0,9/1000 interventions, et un taux de décès totalement liés à l'anesthésie de 0,08/10000 actes [2].

Récemment, le service d'anesthésiologie de Genève a décidé d'instaurer une procédure, qui puisse servir d'aide à la gestion de ces situations complexes et inconfortables. Cette réflexion, sous forme de recommandations, menée dans un service d'anesthésiologie, a pour but de stimuler une démarche semblable dans d'autres services médicaux, en l'adaptant pour chaque spécialité.

Définition et cadre

Un «événement grave» est un accident grave ou un fait grave non prévu, entraînant le décès du patient ou des lésions conséquentes, potentiellement irréversibles. Cet événement est lié concrètement, potentiellement, entièrement ou partiellement à une prise en charge par un ou plusieurs membres d'une équipe médico-infirmière.

Toute mort dite naturelle n'entre pas dans cette définition. Par exemple, l'«événement grave» englobe le décès d'un patient sur choc

anaphylactique dû à une erreur transfusionnelle ou le décès par hypoxie, dû à un échec d'intubation, par contre le décès durant l'opération d'un anévrisme aortique rompu devrait être considéré comme une mort naturelle. En fait, c'est la notion d'évitabilité qui fait la distinction.

Cette procédure de gestion des «événements graves» a tenu compte des règles du service d'anesthésiologie et des règles institutionnelles des Hôpitaux Universitaires de Genève, ainsi que des lois cantonales genevoises et fédérales (art. 2 de la loi K 1 55). Une adaptation de la procédure aux divers types de pratiques et de lieux est donc nécessaire.

Approche globale

L'approche globale de la gestion d'un «événement grave» devrait se faire dans le but de protéger le patient, ainsi que l'équipe de soins, et d'éviter une aggravation ou une répétition de la situation. C'est pourquoi la gestion immédiate devrait se faire selon les cinq axes suivants (PEPED) (fig. 1).

Ces cinq axes se déploient au-dessus de l'«événement grave», comme les cinq doigts d'une main protectrice. Chacun des doigts doit être pris en compte pour aboutir à une gestion globale dans le but de réduire les conséquences pour chacun des intervenants ainsi que pour l'institution.

La suite de cette réflexion va reprendre chacun des axes séparément sans que l'ordre proposé corresponde à la chronologie de leur développement dans la réalité. Pourtant dans cette situation complexe, dont la nouvelle se répand rapidement et qui implique la plupart du temps de nombreux intervenants, la gestion du facteur temps est impérative.

Le patient

Lors d'un «événement grave», la victime principale est le patient, sa prise en charge va dépendre de la gravité de ses lésions. En simplifiant, deux cas de figures sont à considérer (fig. 2):

- soit le patient est décédé;
- soit le patient est vivant et a subi des dommages corporels.

Correspondance:
Dr Adriana Wolff
HCU de Genève
Département d'Anesthésiologie
24, rue Micheli-du-Crest
CH-1211 Genève

a Certificat de décès versus Constat de décès: Le certificat de décès est établi lors de mort de cause naturelle, il donne l'autorisation d'inhumér. Par opposition, le médecin signe un constat de décès, en cas de mort ne semblant pas de cause naturelle ou ayant quelques indices de mort violente. Si la police ordonne le transfert du corps à l'institut de médecine légale, le certificat de décès est délivré par le directeur de l'institut ou un médecin autorisé par lui.

Si le patient est décédé

Lorsque le patient est décédé d'un «événement grave», la mort est dite «non naturelle» ou «violente», un *constat de décès*^a est signé par le médecin en charge du patient. La police est alors requise pour la procédure de levée de corps (selon art. 2, loi K 1 55), qui sera diriger en médecine légale, pour une autopsie médico-légale. Si l'autorité de police ne requiert pas d'autopsie, les médecins légistes délivreront un *certificat de décès* qui autorisera le permis d'inhumér. Si l'autopsie médico-légale n'est pas demandée, l'équipe médicale peut demander une autopsie médicale pour mieux comprendre l'événement, qui pourra être réalisée qu'avec l'accord de la famille. Cette possibilité d'autopsie médicale dans le contexte d'un constat de décès dépend de la législation de chaque canton.

Si le patient est vivant et a subi des dommages corporels

Lorsque le patient a survécu à l'«événement grave», il devrait bénéficier des structures d'un milieu protégé, pour permettre d'évaluer et de

gérer les conséquences aussi bien physiques que psychologiques. Dans notre institution, ce suivi s'organise dans une unité de soins intensifs.

L'état psychologique d'un patient est considéré comme vulnérable, même lorsque le traitement se déroule de manière prévue. Lorsqu'un événement non voulu surgit sur ce terrain fragile, l'impact et les réactions sont d'autant plus sévères. Une prise en charge psychologique postaccident inadéquate peut constituer un traumatisme supplémentaire et être un facteur favorisant le développement d'un syndrome de stress post-traumatique classique ou, être un puissant stimulus pour le patient et ses proches à entreprendre des démarches médico-légales. Dans ce contexte, l'équipe ne devrait pas seulement considérer les conséquences à court terme mais également se préoccuper d'organiser, d'anticiper la prise en charge à moyen et long terme des complications, tant au niveau physique tels que douleurs chroniques, handicaps, que psychosociales.

L'accident médical a deux spécificités qui le distingue des autres types d'événements: 1. le patient est blessé involontairement par des personnes dans lesquelles il avait placé toute sa confiance; 2. le suivi de la prise en charge après l'accident peut être fait par des médecins ou des infirmières impliqués dans l'accident, ce qui peut créer des émotions ambivalentes, effrayantes, et compliquer la situation.

Un dialogue si possible ouvert avec le patient ou avec ses proches, si ce dernier est incapable de communiquer (cf. proches) est essentiel, pour maintenir la continuité des soins et la relation thérapeutique. Il est primordiale que les explications médicales soient compréhensibles et honnêtes, que le patient ou ses proches puissent exprimer leurs doutes ou leurs interrogations, afin de lui permettre de faire face à la situation en gardant confiance dans les équipes médicales. Le manque d'explications appropriées et d'excuses peut accentuer un sentiment d'injustice et être une incitation à déposer plainte. Après un «événement grave», le patient et ses proches nécessitent d'avantage de compassion et de soins que lors d'un traitement sans problème. Cette demande accrue de disponibilité peut aggraver le mal-être du corps soignant qui intérieurement pourrait souhaiter se distancer de l'événement et éviter de se confronter aux conséquences de l'accident.

En médecine, la gestion de l'annonce d'une mauvaise nouvelle devrait être anticipée et débütée, paradoxalement, lors de l'information du patient avant l'acte médical. En l'intégrant à l'obtention du consentement, en invoquant les

Figure 1
Les cinq axes (PEPED).

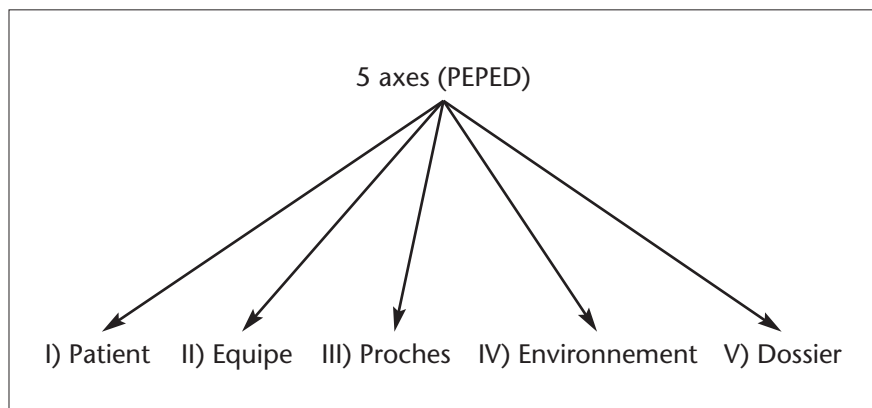
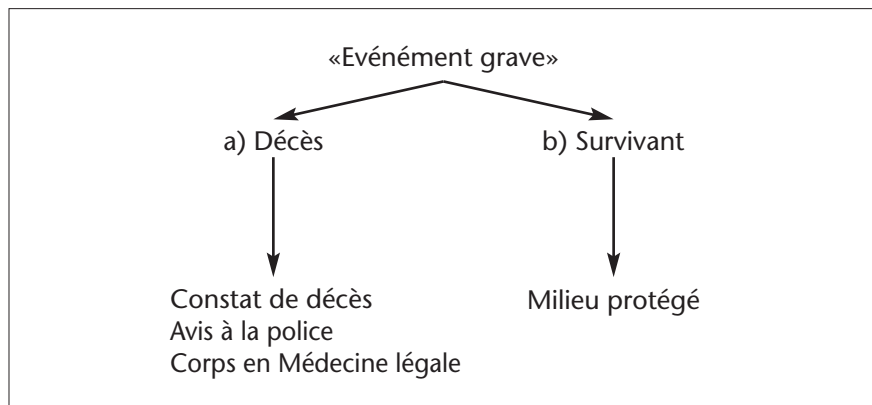


Figure 2
Devenir du patient lors d'événement grave.



risques inhérents au traitement, le médecin peut transmettre au patient que les soins médicaux sont un processus complexe et parfois compliqué basé sur un partenariat. Cette approche, qui d'abord encourage la communication, amène ensuite la confiance et le respect mutuels entre patient et soignants, est une pièce maîtresse pour un meilleur déroulement de l'annonce d'un «événement grave» qui se serait réalisé.

L'information de la survenue d'un «événement grave» au patient et/ou à ses proches est clairement un impératif éthique [3, 4]. Malgré les craintes souvent énoncées d'action légale et d'attention des médias, il ressort de la littérature que les institutions qui ont choisi la transparence de la communication sont moins accablées de poursuites pénales [5].

L'équipe

Afin de pouvoir continuer une activité anesthésique dans des conditions de sécurité équivalentes à celles d'avant l'«événement grave», et d'éviter une aggravation de la situation par un effet cascade, il est souhaitable de soutenir psychologiquement l'équipe impliquée, de lui donner le temps d'exprimer ses émotions et de réfléchir sur l'événement vécu.

Ces différentes actions vont pouvoir s'articuler grâce à:

- l'information à la hiérarchie;
- le remplacement temporaire de l'équipe;
- l'instauration d'une première réunion.

Information à la hiérarchie

Le médecin anesthésiste, responsable de l'équipe, prévient et fait venir le médecin-cadre et le responsable infirmier. Le Chef de service est informé et, selon le degré de gravité de l'«événement grave», c'est lui qui peut avertir le Directeur médical de l'institution. Dans la structure de l'Hôpital Cantonal de Genève, il n'y a pas la possibilité de recourir à un enquêteur extérieur, une équipe d'investigateurs ou à un responsable qualité pour la coordination de la gestion du «fait grave» comme cela est instauré dans certains hôpitaux américains [6, 7]. C'est pourquoi, le médecin-cadre de «soutien» devient le responsable de la gestion. Son rôle est:

- de prendre la responsabilité de l'enquête sur le terrain;
- de gérer la poursuite de l'activité opératoire;
- d'organiser le remplacement de l'équipe médicale, au minimum le temps de la première réunion;
- de canaliser la discussion avec l'équipe impliquée afin d'aboutir à une première version écrite du déroulement des faits;

- d'informer les proches du patient et/ou le patient lui-même, en collaboration avec le responsable infirmier.

Remplacement de l'équipe impliquée

Les répercussions de l'«événement grave» peuvent aussi avoir de profondes conséquences sur les membres de l'équipe, particulièrement si un des membres est considéré, à juste titre ou non, comme le responsable de l'accident. Le soutien psychologique de chacun est souhaité mais difficilement réalisable immédiatement après l'événement. Cependant, il est essentiel de pouvoir mobiliser des forces de réserve. De manière analogue à la gestion d'un match de football, où après certains événements, l'entraîneur fait remplacer l'équipe et met les joueurs sur le banc de touche afin qu'ils prennent de la distance face à ce qu'ils ont vécu, l'organisation du remplacement de chaque membre de l'équipe médico-infirmière se gère respectivement par le médecin-cadre «de soutien» et l'infirmier responsable.

Première réunion

Afin de reconstruire le déroulement de l'événement de manière la plus objective et d'éviter autant que possible l'analyse interprétative de chacun, il est impératif d'organiser une réunion avec tous les intervenants le plus rapidement possible. Les buts de cette réunion dépassent la simple discussion, ils sont:

- servir de base au rapport écrit de l'événement;
- permettre l'évacuation des premières émotions.

Une des manières de procéder est que le médecin concerné en première ligne par l'«événement grave» expose le déroulement précis et complet des faits et que chacun des intervenants complète avec sa version, où chacune des actions entreprises et leurs chronologies sont retransmises. Il est impératif que tous les membres de l'équipe soient présents. Le médecin-cadre de soutien orchestre l'échange pour aider chaque intervenant à sortir de sa spirale émotionnelle, afin de permettre, au fur et à mesure de la discussion, le développement d'une vision globale plus structurée [6]. La réunion aboutit ainsi à une version de l'«événement grave» finale et consensuelle qui sera le premier compte rendu écrit de l'événement. Cette véritable enquête menée lors de la première réunion est la clef de voûte de toute analyse ultérieure des causes-racines^b [8–10].

Bien sûr, cette réunion facilite aussi l'évacuation des premières émotions du vécu de chacun et permet déjà de repérer un mal-être psychologique trop important. C'est en sorte, un huit

^b L'analyse causes-racines est une approche structurée et systématique utilisée pour identifier les facteurs-clefs, situés à différents niveaux du système, qui contribuent à l'émergence d'événements critiques.

Cette approche méthodique procède par:

- de la chronologie des événements;
- identification des problèmes de la prise en charge;
- identification des facteurs contributifs liés au patient et au contexte clinique;
- identification des facteurs contributifs systémiques;
- identification des facteurs contributifs circonstanciels.

clos pour une discussion ouverte où chacun peut exprimer ses émotions. Cette réunion confidentielle ne peut en aucun cas déboucher sur des mesures disciplinaires.

Traditionnellement, l'enseignement médical prône que l'erreur est inadmissible et témoigne d'une négligence ou d'une faiblesse. Les médecins se sont fixés, pour la plupart, des standards d'excellence élevés qui les rendent particulièrement vulnérables aux conséquences d'erreurs. Pourtant, il suffit d'être impliqué, sans être forcément responsable d'un «événement grave», pour comprendre que chacun puisse expérimenter un éventail d'émotions négatives telles que la honte, la culpabilité, et en tout cas, un mal être, aggravé encore si s'ajoute la crainte de la plainte pénale. Les cliniciens peuvent devenir ainsi «la deuxième victime» de l'«événement grave» [11]. Une charge émotionnelle trop pénible peut mener des soignants à un état d'anxiété suffisamment important pour qu'ils mettent en doute leurs compétences professionnelles. Le déni de ce mal être ou la critique par ses pairs peut mener certains à recourir à des psychotropes, et aboutir à un «burn-out» et à abandonner leur profession.

L'évacuation des émotions lors de cette première discussion permet de détecter les besoins de l'équipe. Par exemple, pour certains, le souhait de se faire encadrer professionnellement, le temps de reprendre confiance en eux-mêmes, pour d'autres, la nécessité de poursuivre le dialogue durant les jours suivants. Chacun répondant en fonction de ces capacités de résilience. Dans le cadre d'une profession à forte charge émotionnelle, l'institution devrait pouvoir répondre à ces demandes en les considérant comme légitimes et pouvoir proposer une aide plus formelle.

Par exemple, notre institution met à disposition, dans de telles circonstances, des psychologues externes à la structure hospitalière.

Les proches

Lors d'un «événement grave», par exemple au bloc opératoire, que le patient soit décédé ou survivant, la communication avec ses proches devrait être au premier plan des préoccupations de l'équipe de soins [12]. Leurs réactions sont certes, en partie déterminées par le style relationnel préalablement établi avec le patient, mais vont dépendre également des compétences en communication des professionnels qui vont entrer en relation avec eux.

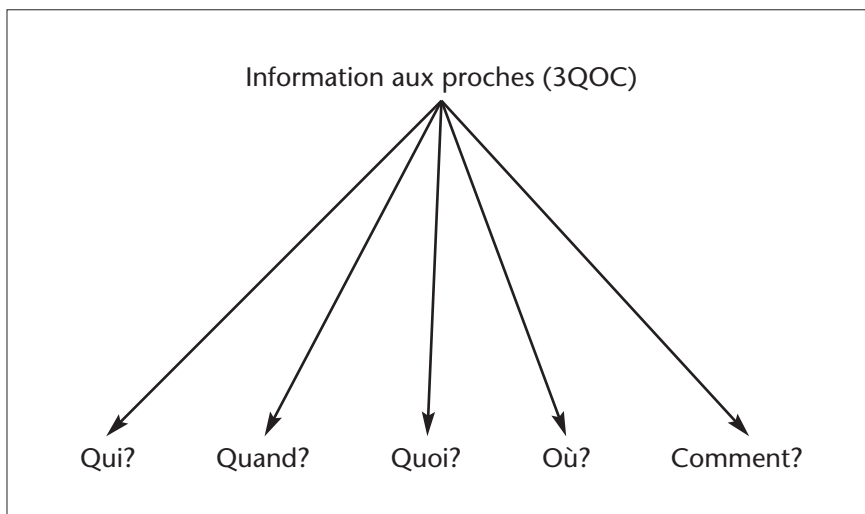
L'information s'articule autour de cinq questions (fig. 3).

Qui informe les proches?

Pour les équipes impliquées, prévaut un sentiment catastrophique d'échec. Dès lors, la pire des situations serait que les soignants soient tentés de se rejeter la faute les uns sur les autres pendant la narration de l'événement ou délèguent l'information à d'autres, comme le médecin des soins intensifs ou le chirurgien. Des informations contradictoires émises par différents interlocuteurs discréditent l'équipe médicale et peuvent encourager une attitude litigieuse. C'est pourquoi, le binôme anesthésiste-chirurgien ou anesthésiste et médecin des soins intensifs est souhaitable. Dans le contexte d'un «événement grave» anesthésique, le médecin-anesthésiste ne doit en aucun cas déléguer l'entretien.

Les proches peuvent transmettre une impression désespérante de doute, sur les compétences et la pertinence des interventions menées, ce qui altère les capacités de communication des soignants qui deviennent défensifs, pouvant chercher à se justifier en raison d'un sentiment de culpabilité et du risque des conséquences médico-légales. Ce discours défensif et justificatif peut être mal ressenti par les proches, et aboutir à une non-communication. Pour éviter d'aggraver cette situation, il nous apparaît important que l'annonce de la mauvaise nouvelle se fasse par un médecin non impliqué dans l'événement et si possible formé à maintenir une communication emphatique lors de situation de crise [7, 13]. Cette répartition des rôles évite aux proches l'impact négatif du stress des professionnels impliqués et protègent les membres de l'équipe de réactions des proches potentiellement hostiles [7]. Cependant, certains soignants impliqués peuvent désirer être présent lors de la rencontre avec les proches. Ce désir doit être respecté mais leur participation à la discussion devrait être planifiée.

Figure 3
3QOC ou 5 questions pour la gestion de l'information aux proches.



Par ailleurs, nous recommandons que les proches aient comme interlocuteurs au moins un binôme formé d'un médecin et d'un infirmier. Cette organisation a plusieurs avantages, qui sont:

- a. de créer, lors de l'entretien, un climat d'entraide dans une situation où une personne seule peut se sentir désemparée;
- b. de fournir des informations cohérentes par des personnes ayant des points de vue et des sensibilités différentes;
- c. de permettre d'organiser que les rencontres ultérieures se fassent au moins avec un des interlocuteurs de l'équipe;
- d. de favoriser une communication transparente entre les différentes professions impliquées.

Quand doit-on les informer?

Le médecin-cadre de «soutien» téléphone rapidement, après avoir pris connaissance de l'«événement grave», aux proches du patient pour les avertir de la survenue d'un problème et pour organiser une rencontre avec eux. L'information concrète n'est pas souhaitable par téléphone.

Quoi? Quelle est l'annonce?

Lors de ce premier entretien, le médecin doit parler d'«accident grave» et non d'erreur médicale, même si cette dernière peut s'avérer ultérieurement possible. Les circonstances de survenue sont décrites par des mots non médicaux, de manière objective, sans entrer dans les détails, et sans faire d'hypothèses. La notion que des investigations sont en cours pour comprendre les circonstances de l'accident devrait être introduite, car elle permet d'insister sur la volonté de transparence [5].

Lors de cette annonce, le médecin devrait essentiellement donner une information factuelle, sans admettre de responsabilités, de fautes, et ni accepter de blâmes ou d'accusations. Il devrait donner aux proches l'assurance de la disponibilité des soignants et des moyens pratiques de pouvoir les joindre ultérieurement, en leur confirmant qu'ils seront tenus au courant de l'évolution des investigations de manière systématique. L'équipe médicale devrait donc également avoir les coordonnées des proches.

Une relation de qualité créée lors de cette annonce peut, le cas échéant, ouvrir la porte à la demande des dons d'organes ou d'autopsie.

Où?

Dans la mesure du possible, la rencontre avec les proches devrait se dérouler dans une salle réservée à cet effet, calme et intime ou pour le

moins pourvue de sièges. Cette solennité de l'information est une marque de considération portée aux proches et favorise leur écoute.

Comment?

Toutes les études et les témoignages montrent que les proches ont avant tout besoin d'explications données dans un climat empathique et compassionnel [14, 7]. Leur capacité à recevoir des informations, généralement complexes, est altérée par leur état émotionnel. Au moment de l'annonce de l'«événement grave», la manière dont les choses sont dites est tout aussi importante que le contenu lui-même, et sera plus prédictive de la réaction des proches. Le contenu de l'entretien d'information doit être adapté aux capacités de compréhension des proches. Le médecin doit prendre le temps, un temps suffisant pour permettre aux proches d'intégrer la nouvelle, ce qui peut nécessiter des redites, des reformulations, des silences, tout en sachant respecter et contenir les «explosions émotionnelles». Des tiers (médecin-traitant, membres d'une même culture ou d'autorités religieuses) peuvent être intégrés et apporter une aide substantielle pour gérer les émotions. Lorsque le patient est survivant, il importe d'insister sur l'importance et la valorisation de soutien moral apporté par les proches, ce qui favorisent l'alliance thérapeutique.

L'environnement

Bien qu'en anesthésie seulement 14% des accidents impliquent un problème d'équipement [15], l'environnement d'un «événement grave» a une définition large, qui doit être précisée, à chaque événement.

Par exemple, lors d'un accident anesthésique lié à une hypoxémie, la gestion de l'environnement comprend aussi bien le tube endotrachéal, l'équipement de ventilation, les arrivées murales de gaz médicaux de la salle d'opération ou de toutes les salles d'opération de ce bloc opératoire. Par contre, l'environnement de l'«accident grave» par choc anaphylactique sur la transfusion d'une poche de sang concerne un environnement plus restreint.

La réflexion autour de l'environnement d'un «événement grave» devrait avoir comme objectifs:

- a. la sécurisation et la préservation de l'environnement;
- b. la poursuite de l'activité en cours;
- c. les déclarations dans les domaines de vigilance.

Cependant, ces objectifs amènent à une situation contradictoire. D'un côté, la situation justifie une attitude «de ne rien toucher» pour la

préservation des facteurs suspects d'être impliqués dans l'événement. De l'autre, la nécessité de poursuivre l'activité anesthésique impose de sécuriser l'environnement, ce qui implique de changer tout matériel suspect de dysfonctionnement.

Sécurisation et préservation de l'environnement

L'environnement doit être évalué et sécurisé si nécessaire pour éviter une cascade d'accident. Le médecin-cadre «de soutien» évalue la situation et prend les mesures nécessaires. Par exemple, il peut être amené à devoir fermer le sas d'anesthésie, la salle d'opération ou même tout le bloc opératoire (par exemple, en cas de suspicion d'erreur dans les arrivées de gaz médicaux).

De plus, le travail de recueil des facteurs en cause «sur le terrain» est primordial pour l'analyse ultérieure de l'«événement grave». Cette tâche incombe au médecin-cadre «de soutien», aidé selon le cas d'un inspecteur de police ou/et d'un membre de la commission de matériel-vigilance.

Poursuite de l'activité anesthésique

Suivant le type d'«événement grave», il faut rétablir rapidement un environnement qui permette la suite des activités avec la même sécurité qu'avant l'événement. La décision de continuer les activités opératoires sera prise en fonction des risques potentiels liés à des dysfonctionnements des équipements et de la disponibilité des remplaçants.

Déclarations dans les domaines de vigilance

Si la cause du «fait grave» concerne des domaines faisant officiellement l'objet d'une procédure de vigilance, telle que matériovigilance, pharmacovigilance, hémovigilance, il ne faudra pas oublier que des déclarations spécifiques devront être faites.

«Dossier de l'événement»

Dans une culture médicale d'amélioration de la sécurité, il convient également de sauvegarder tous les documents concernant l'«événement grave», afin de permettre son analyse-racine. Cette analyse repose sur la trace écrite de l'événement, c'est pourquoi l'approche sur le terrain doit être systématique, structurée et exhaustive, afin d'aboutir à un rapport de qualité. Actuellement, des études préconisent l'utilisation, par des gens formés à son utilisation, de protocoles d'investigation, ce qui assure une approche plus efficiente [9].

Cette approche analytique a plusieurs bénéfices potentiels:

- permettre une transparence dans le dialogue avec le patient ou ses proches, basée sur une observation responsable;
- assurer une crédibilité d'une grande valeur en cas de problème juridique ultérieur;
- être une puissante méthode d'apprentissage sur l'organisation des soins^c;
- aboutir directement à une amélioration de la sécurité du patient par les actions «correctives» qu'elle engendre.

Pratiquement, le «dossier de l'événement grave» comprend différents documents:

1. des photocopies du dossier médical du patient, car ce dernier peut ne plus être disponible, par exemple une fois qu'il est saisi lors d'une procédure judiciaire;
2. des photocopies des feuilles d'anesthésies, du compte rendu chirurgical, des feuilles de surveillance infirmière, des tests de compatibilité sanguine, etc.;
3. le dossier peut s'enrichir de photographies des lieux, d'équipements, de matériels, etc.;
4. le rapport écrit de «l'événement grave», et/ou le protocole formel d'investigation.

Ce rapport écrit par le médecin impliqué dans l'événement doit être aussi complet que possible. Il est non interprétatif mais descriptif et explicitant bien l'échelle de temps entre les différentes actions entreprises, les durées et les différents acteurs présents. Le médecin-cadre «de soutien» peut aider à la reconstitution de ce rapport qui devrait être unique, et être le résultat des confrontations entre les différents intervenants des différentes professions impliquées. Cette compréhension commune de l'événement assure une meilleure protection de l'équipe lors d'attitude litigieuse des proches. Ce premier et unique compte rendu est daté et signé par tous les soignants impliqués. Il ne peut plus être modifié. Si les soignants le souhaitent, il peut inclure, par des annotations, des jugements professionnels, mais pas de jugements de causes ou de responsabilités. En aucun cas, il ne devrait contenir des sentiments ou des perceptions. Ultérieurement, des addenda d'informations pertinentes peuvent être joints à ce premier document.

Dans notre structure hospitalière, ce dossier de l'«événement grave» comprenant, en principe, un seul rapport écrit de l'événement parvient le plus rapidement possible à la hiérarchie médicale et éventuellement au secrétaire général de l'institution.

^c Les défaillances humaines sont de deux types:

- active: liées aux opérateurs, causes immédiates d'incidents;
- latente: liées généralement au management, à la conception de l'activité ou à la maintenance, présentes de longue date dans un système de production.

Conclusion

Ces situations d'«événements graves» en médecine, restent des défis, aussi bien en terme de besoins d'une réponse intelligente lors de leur survenue, qu'en termes de besoins pour la gestion de leurs répercussions. L'anticipation d'une procédure de gestion, l'enseignement de cette dernière permet de faire entrer l'«événement grave» dans une culture globale sécuritaire. Cette démarche repose en grande partie sur l'état d'esprit des soignants. Il n'est pas raisonnable d'attendre de l'équipe d'être honnêtes et ouverts sur des problèmes survenus s'ils anticipent de devoir faire face à des blâmes ou à des sanctions hiérarchiques. Cette politique de gestion des «événements graves», qui dépend d'initiatives individuelles de soignants, doit être fortement soutenue par la politique institutionnelle, et par des directives de service.

Dans la perspective d'amélioration de la qualité de soins, chaque institution devrait également élaborer une stratégie pour la gestion du suivi à moyen et long terme des victimes d'un «accident grave».

Références

- 1 Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB, et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care* 2003;12:405-10.
- 2 Arbous MS, Grobbee DE, Van Kleef JW, et al. Mortality associated with anaesthesia: a qualitative analysis to identify risk factors. *Anaesthesia* 2001;56:1141-53.
- 3 Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the next millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002;136:243-6.
- 4 Mazor KM, Simon SR, Gurwitz JH. Communicating with patients about medical errors. *Arch Intern Med* 2004;164:1690-7.
- 5 Kraman SS, Hamm G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. *Ann Intern Med* 1999;131:963-7.
- 6 Vincent C. Understanding and responding to adverse events. *N Engl J Med* 2003;348(11):1051-5.
- 7 Liang BA. A system of medical error disclosure. *Qual Saf Health Care* 2002;11:64-8.
- 8 Reason J. Human error: models and management. *Br Med J* 2000;320:768-70.
- 9 Vincent C, Taylor S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, Tizard A. 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. *Br Med J* 2000;320:777-81.
- 10 Vincent CA, Adams S, Stanhope N. A framework for the analysis of risk and safety in medicine. *Br Med J* 1998;316:1154-7.
- 11 Wu AW. Medical error: the second victim: the doctor who makes the mistake needs help too. *Br Med J* 2000;320:726-7.
- 12 Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003;289:1001-7.
- 13 Coiera E, Tombs V. Communication behaviours in a hospital setting: on observational Study. *Br Med J* 1998;316:673-6.
- 14 Vincent C. Caring for patients harmed by treatment. In: Vincent C (ed.). *Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety*. London: BMJ Publications; 2001. p. 461-79.
- 15 Cooper JB, Newbower RS, Long CD, McPeck B. Preventable anesthesia mishaps: a study of human factors. *Qual Saf Health Care* 2002;11(3):277-82.