



Partie B

Introduction aux Modules du Guide pédagogique

**Guide pédagogique de
l’OMS pour la sécurité
des patients :
édition
multiprofessionnelle**

Définition des principaux concepts

Cadre conceptuel de la Classification internationale pour la sécurité des patients de l'OMS (v.1.1). Rapport technique final, 2009

1. **Effet indésirable** : dommage inattendu résultant d'un acte justifié pour lequel la procédure appliquée était correcte dans le contexte où l'événement est survenu.
2. **Agent** : substance, objet ou système qui entraîne un changement.
3. **Attributs**: qualités, propriétés ou caractéristiques de quelque chose.
4. **Circonstance** : toute situation ou tout facteur qui pourrait influencer un **événement**, un **agent** ou une personne.
5. **Classe** : groupe ou série de choses similaires.
6. **Classification** : organisation de **concepts** en **classes** et leurs subdivisions destinée à rendre compte des **relations sémantiques** entre eux.
7. **Concept** : expression d'une signification.
8. **Facteur contributif** : **circonstance**, acte ou élément susceptible d'avoir contribué à la survenue et au développement d'un **événement indésirable** ou d'en avoir **accru le risque**.
9. **Degré de dommage** : sévérité et durée du dommage et les implications thérapeutiques qui en résultent.
10. **Détection** : toute action ou **circonstance** qui conduit à identifier un **événement indésirable**.
11. **Incapacité** : tout type de détérioration physique ou fonctionnelle restreignant l'activité ou limitant la vie en société qui résulte d'un **dommage** associé à des soins présents ou passés.
12. **Maladie**: dysfonctionnement physiologique ou psychologique.
13. **Erreur** : défaillance dans le déroulement d'une action planifiée ou dans la planification d'une action.
14. **Événement** : fait qui arrive à ou implique un **patient**.
15. **Dommage au patient** : atteinte physique ou fonctionnelle du corps, et/ou tout effet délétère qui en découle. Le dommage inclut la **maladie**, une **blessure**, de la **douleur**, une **incapacité** et le décès.
16. **Événement indésirable grave** : tout **événement** ou circonstance associé aux soins qui a entraîné un **dommage** pour un ou plusieurs patients.
17. **Facteur de risque** : **circonstance**, **agent** ou action qui peut causer un dommage.
18. **Santé** : état de bien-être complet, physique, mental et social, et pas seulement l'absence de **maladie** ou d'infirmité.
19. **Soins de santé** : prestations dont bénéficient les individus pour promouvoir, maintenir, surveiller ou restaurer la **santé**.
20. **Dommage associé aux soins**: **dommage** résultant de ou associé aux plans ou mesures mis en place pendant les soins. A distinguer d'une **maladie** ou d'une **blessure** sous-jacente.
21. **Caractéristiques de l'événement indésirable** : sélection d'**attributs** de l'**événement**.
22. **Type d'événement indésirable** : terme descriptif correspondant à une catégorie d'événements indésirables de même nature, regroupés en raison de l'accord sur leurs caractéristiques communes.

23. **Blessure** : dommage corporel causé par un **agent** ou un **événement**.
24. **Facteur d'atténuation**: action ou **circonstance** qui prévient ou limite la progression d'un **événement indésirable** menaçant le **patient**.
25. **Presque-accident (« near miss »)** : **événement indésirable** qui n'a pas atteint le patient.
26. **Événement indésirable sans dommage pour le patient** : **événement indésirable** qui a atteint le patient, mais sans dommage identifiable.
27. **Patient** : personne qui reçoit des **soins**.
28. **Caractéristiques du patient** : sélection d'**attributs** du **patient**.
29. **Résultat pour le patient** : impact sur le patient, totalement ou partiellement attribuable à un **événement indésirable**.
30. **Sécurité des patients** : réduire le risque de **dommage** évitable associé aux **soins** au minimum tolérable.
31. **Événement indésirable en termes de sécurité du patient** : **événement** ou **circonstance** qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un **dommage** qui était évitable.
32. **Évitable** : caractérise un événement qui, selon un jugement partagé par les professionnels, aurait pu être évité dans des circonstances définies.
33. **Événement porteur de risque** : situation qui présentait un potentiel significatif de survenue d'un dommage mais sans qu'un événement indésirable ne soit survenu.
34. **Un risque** est caractérisé par la probabilité de survenue d'un **événement indésirable** et la gravité de ses effets.
35. **Sécurité** : réduction du risque de **dommage** évitable à un niveau minimal tolérable.
36. **Relation sémantique** : façon par laquelle les **classes** ou **concepts** sont associés entre eux en fonction de leur signification.
37. **Effet secondaire** : effet connu, autre que celui recherché au départ, en lien avec les propriétés pharmacologiques d'un médicament.

38. **Souffrance** : perception de toute chose vécue subjectivement comme désagréable.
39. **Violation** : non-respect délibéré d'une procédure, d'un standard ou d'une règle.

Source : *Cadre conceptuel de la Classification internationale pour la sécurité des patients de l'OMS*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.who.int/patientsafety/fr/> ; consulté le 11 mars 2011).

Définitions provenant d'autres sources

- Infection associée aux soins** : une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. Les IAS concernent les patients, malades ou non, mais également les professionnels de santé et les visiteurs [1].
- Culture de sécurité**: une culture qui témoigne des cinq vertus cardinales suivantes que les professionnels de santé s'efforcent de mettre en œuvre par l'intermédiaire d'un système fort de management de la sécurité. Elle comprend cinq caractéristiques :
 - 1) une culture où tous les professionnels de santé (soignants, médecins, administrateurs) acceptent la responsabilité de leur sécurité, de celle des collègues, des patients et des visiteurs,
 - 2) une culture qui priorise la sécurité devant les exigences financières et opérationnelles,
 - 3) une culture qui encourage et récompense l'identification, la communication, et la résolution de tout problème de sécurité,
 - 4) une culture qui donne à l'organisation les moyens d'apprendre de ses erreurs et
 - 5) une culture qui apporte les nécessaires ressources, structures et responsabilité pour maintenir la sécurité au meilleur niveau [2].

Références

- National Audit Office. Department of Health. *A Safer Place for Patients: Learning to improve patient safety*. London: Comptroller and Auditor General (HC 456 Session 2005-2006). Jeudi 3 novembre 2005.
- Forum and End Stage Renal Disease Networks, National Patient Safety Foundation, Renal Physicians Association. *National ESRD Patient Safety Initiative: Phase II Report*. Chicago: National Patient Safety Foundation, 2001.


Symboles

Numéro de diapositive 

Numéro de module → 

Groupes 

Exposé 

Exercices de simulation 

DVD 

Livre 

Introduction aux modules du Guide pédagogique

Mettre le patient au cœur du soin

Le présent Guide, axé sur les patients, s'adresse spécifiquement aux étudiants en santé. Il met les patients, leur entourage et les usagers au cœur de l'apprentissage et de la dispensation des soins de santé. Les connaissances de base et appliquées ainsi que la nécessaire démonstration des aptitudes énoncées dans ces modules appellent les étudiants et les professionnels de santé à réfléchir aux façons d'incorporer les concepts et les principes de sécurité des patients dans leur pratique quotidienne.

Dans tous les pays, les patients et la collectivité en général sont, principalement, des observateurs passifs des changements qui ont lieu dans le domaine des soins de santé. Bon nombre de patients ne prennent toujours pas part aux décisions les concernant ni aux discussions consacrées à l'amélioration de la prestation des services de santé. Aujourd'hui, la plupart des services de santé continuent de placer les professionnels de santé au centre des soins. Les modèles de soins axés sur la maladie mettent en avant le rôle du professionnel de santé et de la gestion organisationnelle sans tenir compte, comme ils le devraient, des patients qui reçoivent les soins. Les patients devraient être au cœur des soins, et non en bout de chaîne.

Il existe des preuves solides qui montrent qu'avec un soutien adapté, les patients savent efficacement gérer leur état. Relativiser la prise en charge à un moment donné par rapport au parcours global de soins, éventuellement « multi-site », demande au professionnel de santé de privilégier les intérêts des patients, c'est-à-dire chercher et fournir des informations exhaustives, respecter leurs différences culturelles et religieuses, leur demander l'autorisation de les traiter et les considérer comme des partenaires, être honnête en cas de problème ou de prise en charge sous-optimale et axer les prestations de soins sur la prévention et la réduction des risques ou des dommages.

Point de vue de la collectivité

Les points de vue de la collectivité quant aux soins reflètent l'évolution des besoins d'un individu en la

matière tout au long de sa vie et ont trait au maintien en bonne santé, au rétablissement, à la vie avec une maladie ou une incapacité et à l'acceptation de la fin de vie. Les changements que connaît le milieu des soins de santé, notamment les nouveaux modèles de soins pour la prise en charge des maladies chroniques et aiguës, l'accumulation ininterrompue de connaissances démontrées et d'innovations techniques, la complexité des soins dispensés par les équipes de professionnels de santé et les relations étroites avec les patients et leur entourage, ont généré de nouvelles obligations pour les personnels de santé. Le présent Guide, conscient de ces changements, a pour objectif de couvrir un large éventail de situations impliquant des patients traités par de multiples professionnels de santé dans différents lieux de soins.

Pourquoi les étudiants en santé doivent-ils apprendre la sécurité des patients ?

Les découvertes scientifiques de la médecine moderne ont permis d'améliorer sensiblement les résultats pour les patients. Cependant, des études menées dans différents pays ont montré que ces bénéfices s'accompagnaient de risques importants pour la sécurité des patients. Conséquence majeure de cette prise de conscience : la sécurité des patients est devenue une discipline spécialisée. La sécurité des patients n'est pas une discipline que l'on a individualisée par le passé, mais plutôt une matière qui peut et devrait être maintenant intégrée dans tous les domaines des soins de santé.

En tant que futurs cliniciens et chefs d'équipe médicale, les étudiants doivent être formés à la sécurité des patients et notamment savoir comment les systèmes affectent la qualité et la sécurité des soins et dans quelle mesure les problèmes de communication peuvent entraîner des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Les étudiants doivent apprendre à gérer ces difficultés et à mettre au point des stratégies visant à prévenir la survenue d'erreurs et de complications et à y faire face. En outre, ils doivent être capables d'évaluer les résultats afin d'améliorer les performances à long terme. Le programme pour la Sécurité des patients de l'OMS vise à améliorer la sécurité des patients dans le monde

entier. La sécurité des patients est l'affaire de tous, des professionnels de santé, des responsables, du personnel d'entretien et de restauration, des administrateurs, des usagers et des hommes politiques. Puisque parmi les étudiants en santé d'aujourd'hui il y a les leaders médicaux de demain, il est essentiel qu'ils possèdent les connaissances et les compétences requises pour appliquer les principes et concepts de la sécurité des patients. Le présent Guide pédagogique fournit aux étudiants les connaissances fondamentales en matière de sécurité des patients. Il décrit également les compétences nécessaires et les comportements à adopter pour pratiquer leur activité professionnelle en toute sécurité.

C'est au début des programmes de formation qu'il faut enseigner la sécurité des patients aux étudiants. Ces derniers doivent être prêts à mettre leurs connaissances en pratique dès leur arrivée au sein d'un hôpital, d'un centre de soins ou au domicile d'un patient. Il convient également de leur permettre, autant que possible, de réfléchir aux questions de sécurité dans le cadre d'exercices de simulation, avant la mise en pratique dans le monde réel.

Si l'on obtient que les étudiants se concentrent sur chaque patient individuellement, qu'ils traitent chacun d'eux comme un être humain unique et mettent en application leurs connaissances et leurs compétences au profit des patients, ils pourront alors eux-mêmes servir d'exemples pour leurs collègues. La plupart des étudiants en santé nourrissent de grandes aspirations au début de leurs études. Mais la réalité des systèmes de santé entame parfois leur optimisme. Nous voulons qu'ils restent optimistes et qu'ils croient en leur capacité à changer les choses, à la fois dans la vie des patients et au sein du système de santé.

Enseigner la sécurité des patients : comment gérer les barrières ?

Pour que l'apprentissage des étudiants soit efficace, les formateurs doivent fonder leur enseignement sur plusieurs méthodes pédagogiques, comme expliquer les concepts techniques, faire la démonstration de leurs compétences et inculquer des attitudes, qui sont toutes essentielles pour l'éducation à la sécurité des patients. Dans ce domaine, les enseignants utilisent l'enseignement par problème (qui facilite l'apprentissage en groupe), l'apprentissage par simulation (jeux de rôles et exercices) et les exposés (interactifs/didactiques) ainsi que le mentorat et l'encadrement (modèles).

Les patients jugent les professionnels de santé non pas sur leurs connaissances mais sur leur pratique. A mesure que les étudiants progressent dans leur environnement clinique et professionnel, la difficulté pour eux est d'appliquer leurs connaissances scientifiques générales à des patients spécifiques. C'est ainsi que les étudiants pourront dépasser ce qu'ils ont appris en cours et savoir comment appliquer cet apprentissage. Pour les étudiants, la meilleure

façon d'apprendre est de pratiquer. Dans le cadre de la sécurité des patients, les étudiants doivent agir avec prudence, à savoir vérifier les noms, se renseigner sur les médicaments et poser des questions. C'est par l'expérience pratique ou les exercices de simulation que les étudiants apprendront la sécurité des patients de la façon la plus efficace. Les étudiants ont davantage besoin d'encadrement clinique par des spécialistes que d'exposés portant sur les principes théoriques. L'observation et les commentaires des enseignants permettront aux étudiants de s'améliorer tout au long de leurs études et de réussir à maîtriser des compétences importantes dans le domaine de la sécurité des patients.

Le mentorat et l'encadrement sont également essentiels. Instinctivement, les étudiants essaient de reproduire le comportement de leurs formateurs et des professionnels de santé expérimentés. Le comportement de ces « modèles » aura une grande influence sur celui des étudiants ainsi que sur la façon dont ils exerceront leur profession une fois leurs études terminées. La plupart des étudiants s'orientent vers des professions de santé avec de grands idéaux : guérir, faire preuve de compassion et être un professionnel de santé compétent et éthique. Ils sont toutefois fréquemment témoins de soins bâclés, d'impolitesse entre collègues et d'égoïsme professionnel. Leurs idéaux se délitent lentement à mesure qu'ils essaient de s'adapter à la culture du travail environnante.

L'éducation à la sécurité des patients et le présent Guide pédagogique reconnaissent que, dans certains milieux, ces pratiques et ces facteurs bien ancrés existent. Nous pensons que ces influences négatives peuvent être atténuées et leurs impacts limités en discutant avec les étudiants de la culture du travail à laquelle ils sont exposés et de son rôle sur la qualité et la sécurité des patients. Avoir conscience des barrières et en parler permettra aux étudiants de comprendre que le problème vient du système (et non des personnes qui y évoluent) et qu'il est possible, et souhaitable, d'améliorer ce système. Les barrières varient selon les pays, les cultures voire entre différents environnements cliniques d'une même région. Les lois et les réglementations qui régissent le système de santé peuvent constituer des barrières au niveau national en empêchant, par exemple, la mise en œuvre de certaines pratiques relatives à la sécurité des patients. Chaque culture a sa propre approche de la hiérarchie, des erreurs et de la résolution des conflits. Dans quelle mesure faut-il encourager les étudiants à se mettre en avant en présence de formateurs et/ou de cliniciens expérimentés, notamment lorsqu'un patient pourrait être exposé à un risque de dommage ? Cela dépendra de la situation et de la propension de la culture du travail locale à accepter le changement. Dans certaines sociétés, les concepts relatifs à la sécurité des patients peuvent ne pas s'adapter facilement aux normes culturelles. Ces barrières sont étudiées de manière

plus approfondie plus loin (voir la section intitulée *Affronter le monde réel : aider les étudiants à devenir des spécialistes de la sécurité des patients*).

Les barrières les plus évidentes pour les étudiants sont celles qui émergent lors de leurs stages professionnels et dans les milieux thérapeutiques. Pour la plupart, elles concernent des formateurs/superviseurs ou professionnels de santé qui sont incapables de s'adapter aux nouveaux défis relatifs aux soins ou qui découragent activement tout changement pour y faire face. De tels comportements peuvent dissuader les étudiants de prendre fait et cause pour la sécurité des patients et les inciter à se contenter d'être des apprenants passifs. La façon dont les différents professionnels de santé (personnel infirmier, pharmaciens, dentistes, médecins, etc.) entretiennent des cultures du travail qui leur sont propres, génère une approche cloisonnée des soins, ce qui constitue une autre barrière importante. La mauvaise communication entre les disciplines peut entraîner des erreurs médicales. Une approche interdisciplinaire est bien plus efficace pour réduire les erreurs, améliorer la communication du personnel et promouvoir un environnement de travail plus sain.

A mesure que les formateurs et les superviseurs se familiarisent avec le Guide, ils se rendront rapidement compte que l'apprentissage des étudiants pourrait s'avérer impossible à mettre en pratique dans le milieu de travail. Certains professionnels de santé peuvent avoir l'impression qu'en raison des nombreuses barrières, enseigner la sécurité des patients aux étudiants est un objectif irréalisable. Pourtant, une fois les barrières identifiées et abordées, elles ne sont, en réalité, pas si redoutables. Même des discussions entre groupes d'étudiants sur les réalités et les barrières peuvent être l'occasion d'informer et d'enseigner. A tout le moins, elles peuvent permettre une critique

constructive du système ainsi qu'une réflexion sur la façon de faire les choses.

Lien entre les modules du Guide pédagogique et les soins de santé

Le Tableau B.I.1 montre comment les modules du Guide pédagogique sont intégrés aux soins de santé en utilisant l'exemple de l'hygiène des mains. Bon nombre de principes relatifs à la sécurité des patients s'appliquent à différents domaines de la santé, comme le travail en équipe, la sécurité des médicaments et l'implication des patients. Nous prenons cet exemple car, pour réduire la transmission des infections, les professionnels de santé doivent se laver les mains correctement et au bon moment. Utiliser la technique d'asepsie requise semble être une solution évidente et simple à mettre en œuvre. Pourtant, malgré des centaines de campagnes visant à éduquer les professionnels de santé, les étudiants et le reste du personnel aux précautions standard et universelles, le problème ne semble toujours pas réglé et les taux d'infections associées aux soins sont en augmentation dans le monde entier. Chaque module contient des enseignements importants pour les étudiants en santé dans un domaine particulier. L'ensemble de ces modules fournit les connaissances de base et prépare les étudiants en santé au respect des techniques d'hygiène des mains appropriées. Par ailleurs, il détermine comment apporter des améliorations à l'échelle du système.

Modules du Guide pédagogique et lien avec la sécurité des patients

Si les modules sont autonomes, le Tableau B.I.1 montre qu'ils sont tous nécessaires pour susciter un comportement approprié chez les professionnels de santé. En nous référant à l'exemple de l'hygiène des mains, nous expliquons comment le contenu de chacun des modules est essentiel pour parvenir à des soins de santé sûrs, de manière durable.

Tableau B.I.1. Lien entre les modules : l'exemple de l'hygiène des mains

Problématique : réduire la propagation des infections

Problème causé par une prévention insuffisante des infections.

Les professionnels de santé savent que les infections sont un problème. Ils ne semblent pas modifier leurs pratiques pour autant. Ils tendent à employer les techniques d'asepsie requises pendant un certain temps, puis ils oublient.

Module du Guide pédagogique et pertinence dans la pratique

Le Module 1, « Qu'est-ce que la sécurité des patients ? », présente les preuves des dommages et de la souffrance engendrés par les EIAS. A mesure que les étudiants se forment à la sécurité des patients et à leur rôle dans la réduction de l'incidence et de l'impact des EIAS, ils seront capables de saisir l'importance de leurs nouveaux comportements, comme la bonne utilisation des techniques d'hygiène des mains, dans la prévention des infections et la lutte contre ces dernières.

Le Module 2, « Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients », explique comment et pourquoi les gens travaillent comme ils le font, et pourquoi ils font des erreurs. Comprendre les facteurs humains aide les étudiants à identifier les situations propices aux erreurs et leur permet d'apprendre à les éviter ou les diminuer. En connaissant les facteurs qui contribuent aux erreurs ainsi que leurs racines profondes, les étudiants seront à même de comprendre le contexte de leurs actions. Insister auprès des professionnels pour qu'ils fassent un effort (se lavent les mains correctement) ne fera pas évoluer la situation. Ils doivent visualiser leurs actions dans le contexte de leur environnement de travail et du matériel qu'ils utilisent. Lorsque les professionnels de santé pensent que l'infection d'un patient a été causée par leurs actions, ils sont plus susceptibles de modifier leur méthode de travail et d'appliquer les précautions standard.

Les professionnels de santé souhaitent respecter les procédures de lutte contre les infections appropriées mais les patients sont trop nombreux et les contraintes liées au temps semblent faire obstacle à une bonne hygiène des mains.

Le Module 3, « Comprendre l'organisation des systèmes et l'effet de la complexité sur les soins en santé », montre que les soins aux patients comprennent de multiples étapes et relations. Les patients dépendent de la bonne prise en charge par les professionnels de santé ; ils dépendent d'un système de santé. Les étudiants doivent savoir que des soins de bonne qualité requièrent un effort d'équipe. Ils doivent comprendre que l'hygiène des mains n'est pas facultative mais une étape importante du processus de soins. Comprendre comment les actions individuelles et les différentes composantes du système s'articulent au sein d'un processus continu qui produit des résultats positifs (la santé du patient s'améliore) ou négatifs (le patient est victime d'un EIAS) est une importante leçon en matière de sécurité des patients. Lorsque les étudiants prennent conscience que les actions d'un membre d'une équipe peuvent nuire aux objectifs du traitement d'un patient, ils arrivent rapidement à placer leur travail dans un autre contexte, à savoir dans le contexte de la sécurité des patients.

Il n'y a pas de gels et solutions hydro-alcooliques ou d'agents nettoyants dans les services car le référent a oublié d'en commander.

Le Module 4, « Être un membre efficace en équipe », explique l'importance du travail en équipe chez les professionnels de santé. Si aucun produit hydro-alcoolique n'est disponible, il incombe à chaque membre de l'équipe d'en avertir la personne concernée afin de remédier à ce problème. Se contenter de se plaindre que quelqu'un ait oublié de commander ces produits n'aide pas les patients à aller mieux. Faire preuve de professionnalisme et faire partie d'une équipe, c'est être attentif à son travail et tout mettre en œuvre pour aider les patients et l'équipe. Les EIAS sont bien souvent causés par un enchaînement d'événements en apparence anodins, comme le non-respect de l'hygiène des mains, l'absence d'accès au dossier médical ou le retard d'un clinicien. Rappeler à quelqu'un de commander des produits hydro-alcooliques n'est pas anodin. Cela peut prévenir une infection.

Un chirurgien est momentanément sorti de la salle d'opération pour répondre à son téléphone portable. Il est retourné dans la salle et a continué l'opération sans changer de gants. Le patient a eu une infection de la plaie chirurgicale postopératoire.

Le Module 5, « Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages », explique que la culpabilisation ne fonctionne pas et que si les professionnels craignent d'être accusés de négligence ou sanctionnés, personne ne signalera les EIAS ni n'en tirera de leçons. Une approche systémique des erreurs vise à identifier les causes sous-jacentes aux erreurs et à garantir qu'elles ne se reproduisent pas. Examiner les causes à l'origine d'une infection peut montrer que le chirurgien a quitté la salle d'opération et n'a pas suivi les procédures stériles en revenant. Se contenter de culpabiliser quelqu'un ne servira à rien. Une analyse plus approfondie pourrait révéler que le chirurgien et le reste de l'équipe ont systématiquement enfreint les recommandations sur la lutte contre les infections car ils ne considéraient pas le risque d'infection comme un problème. Ne disposant pas de données sur ce sujet, ils ont pensé, à tort, être protégés.

Il s'est plaint, par écrit, de sa prise en charge auprès de l'hôpital.

Le Module 6, « Comprendre et gérer les risques cliniques », montre aux étudiants l'importance de mettre en place des systèmes permettant d'identifier les problèmes et de prévenir la survenue de problèmes potentiels. Les plaintes peuvent signaler à un clinicien ou un responsable l'existence de problèmes spécifiques. La lettre envoyée par ce patient concernant son infection est peut-être la dixième du genre en un mois, ce qui pourrait indiquer un éventuel problème de lutte contre les infections. La gestion des EIAS constitue également une façon systématique de recueillir des informations sur la sécurité et la qualité des soins.

L'hôpital admet qu'il y a un problème d'infection dans l'une des salles d'opération et veut en savoir davantage.

Le Module 7, « Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins », donne des exemples de méthodes de mesure et d'amélioration des soins cliniques. Les étudiants doivent savoir comment mesurer le processus de soins afin de déterminer si les changements opérés ont entraîné des améliorations.

L'hôpital sait maintenant que l'une de ses salles présente un taux d'infection plus élevé que les autres. Les patients se plaignent et le problème d'infection de l'hôpital est relayé par les médias.

Le Module 8, « S'impliquer avec les patients et leur entourage », explique aux étudiants l'importance de communiquer honnêtement avec les patients après un EIAS et de leur donner toutes les informations concernant leurs soins et leur traitement. Impliquer les patients est essentiel pour susciter la confiance de la communauté.

L'hôpital reconnaît que les infections constituent un problème et décide de rappeler à chacun combien il est important de respecter les précautions standard.

Le Module 9, « Contrôle et prévention des infections », décrit les principaux types et causes d'infections. Ce module couvre également les mesures et les protocoles visant à réduire les infections.

L'hôpital décide de revoir les procédures de lutte contre les infections dans les salles d'opération car les infections du site opératoire comptent pour une grande partie des EIAS déclarés par le personnel.

Le Module 10, « Sécurité des patients et procédures invasives », montre aux étudiants que les patients qui bénéficient d'une intervention chirurgicale ou de toute autre procédure invasive présentent un risque plus élevé d'infection ou d'erreur de traitement. Comprendre les défaillances causées par une mauvaise communication, l'absence de leadership, une attention insuffisante portée aux processus, le non-respect des recommandations et une surcharge de travail permettra aux étudiants de saisir les multiples facteurs qui entrent en jeu lors d'une opération.

L'équipe a cherché une intervention susceptible de réduire le taux d'infection. Pour cela, elle a étudié les dossiers du service de chirurgie à l'aide d'une méthode d'amélioration de la qualité (qui pose la question « que s'est-il passé ? » et non « qui est responsable ? »). L'équipe a appris que l'administration appropriée d'une antibioprofylaxie peut permettre de prévenir les infections. Mais cette pratique nécessiterait également de connaître tous les traitements médicamenteux préalablement pris par chaque patient afin d'éviter les interactions avec les médicaments susceptibles d'être prescrits.

Le Module 11, « Améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse », est important car les erreurs médicamenteuses sont responsables d'une grande partie des EIAS. L'importance des erreurs médicamenteuses est telle qu'il est indispensable que les étudiants apprennent à identifier les facteurs qui y conduisent et connaissent les mesures à prendre pour les réduire. Former les étudiants à la sécurité des médicaments permet de garantir qu'ils ont conscience des effets indésirables médicamenteux potentiels et qu'ils tiennent compte de tous les facteurs pertinents lorsqu'ils prescrivent, dispensent et administrent des médicaments et en surveillent les effets.

Affronter le monde réel : aider les étudiants à devenir des spécialistes de la sécurité des patients

L'un des principaux obstacles à la promotion de la culture de sécurité des patients est la réceptivité du milieu professionnel de la santé à l'égard des nouvelles façons de soigner. Le changement peut s'avérer très compliqué pour les organisations et les professionnels qui ont leurs propres façons de traiter les patients. Leur façon de dispenser les soins ne leur semble pas nécessairement inappropriée et ils ne sont pas convaincus du bien-fondé d'un changement. Ils peuvent se sentir menacés ou pris à parti lorsque quelqu'un, en particulier un membre du personnel moins expérimenté, voit et fait les choses différemment. Dans ces circonstances, à moins que les étudiants ne bénéficient d'un encadrement positif et puissent discuter de leurs expériences, la plus grande partie de l'enseignement et de l'apprentissage de la sécurité des patients contenus dans les programmes de formation sera réduite à néant.

Les étudiants comprennent vite comment les membres de la profession qu'ils ont choisie se comportent et ce que l'on attend d'eux. En tant que novices, ils ont à cœur de s'intégrer aussi rapidement que possible. Ils sont souvent très dépendants des formateurs et des superviseurs pour obtenir des informations ainsi qu'un soutien professionnel.

Pour eux, il est absolument primordial de garder la confiance de leurs formateurs ou superviseurs. Leur progression dépend des rapports favorables de leurs

enseignants basés sur des commentaires formels et informels et sur les évaluations subjectives et objectives de leurs compétences et de leur participation. La sécurité des patients suppose que les professionnels de santé reconnaissent leurs erreurs et en tirent les leçons nécessaires. Toutefois, les étudiants pourraient craindre que de déclarer leurs erreurs ou celles d'un professionnel expérimenté, d'un formateur ou d'un instructeur n'ait des répercussions sur eux-mêmes ou les professionnels concernés. Lorsqu'une trop grande part de l'enseignement et de l'évaluation est déléguée aux formateurs ou superviseurs sur les lieux de travail, cela peut inciter les étudiants à dissimuler leurs erreurs ou à effectuer les tâches requises alors même qu'ils savent ne pas disposer des compétences nécessaires.

Les étudiants peuvent être réticents à parler de la sécurité des patients avec des membres confirmés du personnel ou à leur faire part de leurs préoccupations d'ordre éthique. Peut-être ont-ils peur de recevoir une évaluation défavorable ou de se voir reprocher de manquer de bonne volonté ou de mal se conduire ? Peut-être craignent-ils, à tort ou à raison, que de défendre les droits d'un patient ou de déclarer une erreur ne leur porte préjudice dans leurs études, ne réduise leurs opportunités d'emploi et/ou leurs chances d'accéder aux programmes de formation avancés ?

Dans toutes les cultures, discuter des erreurs de soins est une tâche ardue pour tous les professionnels de santé. La volonté d'apprendre à partir des erreurs dépendra souvent de la personnalité des seniors impliqués. Dans certaines

cultures et organisations, faire preuve d'ouverture à propos des erreurs est sans doute nouveau pour le corps enseignant et, par conséquent, très difficile. Dans ces cas, la solution pour les étudiants pourrait être de discuter des erreurs lors des sessions de formation. Dans certaines équipes, ces discussions ont lieu lors de réunions à huis-clos alors que dans les milieux pédagogiques plus avancés, les équipes abordent ouvertement les erreurs et sont dotées de nombreuses politiques visant à aider les professionnels de santé à les gérer. Mais, un jour ou l'autre, toutes les cultures devront faire face à la souffrance humaine causée par les erreurs. Une fois la souffrance ouvertement reconnue par les professionnels de santé qui travaillent dans les hôpitaux, centres de soins et en ville, maintenir le statu quo sera difficile. D'autres approches des hiérarchies et des prestations aux patients seront adoptées. Certaines de ces approches les plus récentes considèrent l'équipe comme le principal instrument de dispensation des soins de santé et envisagent une hiérarchie plus transversale dans laquelle chaque professionnel impliqué dans les soins du patient peut contribuer en conséquence.

Il pourrait être utile aux étudiants de comprendre pourquoi les attentes et les attitudes de certains professionnels et enseignants expérimentés semblent à l'opposé de ce qu'ils ont appris sur la sécurité des patients. Les soins de santé n'ont pas été conçus en tenant compte de la sécurité des patients. Ils ont évolué au fil du temps et de nombreux aspects des soins résultent des traditions plus que d'une véritable préoccupation pour la sécurité et l'efficacité dans le contexte des soins actuels. En la matière, bon nombre d'attitudes sont enracinées dans une culture professionnelle née à une époque où les structures hiérarchiques étaient très répandues dans la société. La médecine constituait une véritable vocation et les cliniciens, en particulier les médecins, étaient considérés comme infaillibles. Dans ce cadre conceptuel, on estimait que les bons professionnels de santé ne pouvaient pas faire d'erreurs, les étudiants étaient formés lors des stages et l'issue des patients (bonne et

mauvaise) dépendait des compétences du professionnel et non de l'équipe. Les professionnels n'avaient de comptes à rendre à personne d'autre qu'à eux-mêmes et, dans certains établissements, les patients qui étaient soignés gratuitement étaient généralement pris pour des supports d'apprentissage. Si les choses ont bien changé, certains vestiges de cette ancienne culture persistent et forgent l'attitude des professionnels de santé formés dans cet environnement.

Les sociétés modernes veulent des soins sûrs, de qualité, dispensés par des professionnels de santé qui évoluent au sein d'une culture de sécurité. Celle-ci a commencé à imprégner les établissements de soins du monde entier et les étudiants auront l'occasion d'observer aussi bien les attitudes traditionnelles que celles qui reflètent une culture de sécurité. Le défi pour tous les étudiants, indépendamment de leur culture, pays ou discipline, est de pratiquer des soins sûrs même lorsque ce n'est pas le cas des professionnels qui les entourent.

Il est utile de savoir distinguer certaines approches anciennes susceptibles d'avoir un impact négatif sur les soins des patients de certaines nouvelles approches qui favorisent les soins axés sur les patients. Il convient également de reconnaître que ce tournant culturel peut être anxiogène pour les étudiants ou stagiaires qui ont à cœur de tenir compte de la sécurité dans leur pratique mais dont le supérieur hiérarchique direct ne connaît pas ou rejette ces nouvelles approches. Il est important que les étudiants discutent avec leurs superviseurs avant de mettre en œuvre les nouvelles techniques suggérées.

Nous n'attendons pas des étudiants qu'ils se mettent eux-mêmes ou leur carrière en danger dans l'intérêt de faire évoluer le système mais nous les encourageons à réfléchir à une façon d'aborder leur apprentissage sans perdre de vue la perspective de la sécurité des patients. Le Tableau B.1.2 ci-dessous fournit un cadre visant à donner aux étudiants des idées pour gérer les conflits auxquels ils pourraient être confrontés lors de leurs stages de formation.

Tableau B.1.2. Gérer les conflits : l'ancienne méthode et la nouvelle méthode

Domaine ou attribut	Exemple	Ancienne méthode	Nouvelle méthode
Structures hiérarchiques en santé : hygiène des mains	Un professionnel de santé expérimenté ne se lave pas les mains entre chaque patient.	Les étudiants ne disent rien et se conforment aux pratiques inappropriées en imitant le clinicien expérimenté.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Demander au clinicien en question ou à tout autre professionnel expérimenté des clarifications sur quand et comment se laver les mains. 2) Ne rien dire mais employer des techniques d'asepsie sûres. 3) Faire une remarque au clinicien, de manière respectueuse, et continuer à utiliser les techniques d'asepsie sûres.

<p><i>Structures hiérarchiques en santé :</i> site opératoire</p>	<p>Le chirurgien ne vérifie pas avec le reste de l'équipe le site à opérer ou l'identité du patient.</p> <p>Le protocole de vérification préopératoire ne lui plait pas. Il pense que c'est une perte de temps et il enjoint au reste de l'équipe de se dépêcher.</p>	<p>Adopter l'approche du chirurgien expérimenté et ne pas participer à la vérification, considérée comme une tâche subalterne.</p>	<p>1) Aider activement le reste de l'équipe à mener à bien le protocole de vérification.</p>
<p><i>Structures hiérarchiques en santé :</i> médicaments</p>	<p>L'étudiant sait qu'un patient est gravement allergique à la pénicilline et s'aperçoit qu'un(e) infirmier(ère) expérimenté(e) s'apprête à en administrer au patient en question.</p>	<p>Ne rien dire par peur de donner l'impression de ne pas être d'accord avec la décision d'un professionnel expérimenté. Supposer que l'infirmier(ère) sait ce qu'il/elle fait.</p>	<p>1) Avertir immédiatement l'infirmier(ère) de l'allergie médicamenteuse. L'étudiant considère que cela relève de son rôle en tant que membre utile de l'équipe et de sa responsabilité vis-à-vis du patient.</p>
<p><i>Paternalisme :</i> consentement aux soins</p>	<p>On demande à l'étudiant d'obtenir un consentement d'un patient pour l'administration d'un traitement dont l'étudiant n'a jamais entendu parler.</p>	<p>Accepter la tâche. L'étudiant ne doit pas montrer au personnel expérimenté qu'il ne connaît pas le traitement. Parler du traitement au patient de façon superficielle et vague pour amener ce dernier à signer le formulaire de consentement.</p>	<p>1) Refuser la tâche et suggérer qu'il serait plus approprié de la confier à un clinicien qui connaît le traitement.</p> <p>2) Accepter la tâche mais faire part de son ignorance du traitement et de la nécessité d'une formation préalable. Demander à ce que l'un des superviseurs soit présent pour aider/superviser.</p>
<p><i>Paternalisme :</i> rôle des patients dans leur prise en charge</p>	<p>Lors de la visite médicale, ces derniers sont ignorés et ne sont pas invités à participer aux discussions.</p> <p>Lorsque les médecins effectuent les tournées, les familles doivent quitter le chevet des patients.</p>	<p>Accepter la situation telle qu'elle est et ne rien faire. Partir du principe que c'est la façon dont les choses sont faites. Adopter les comportements qui n'incluent ou n'impliquent pas les patients et leur famille.</p>	<p>1) Prendre l'initiative de saluer chaque patient : « Bonjour M. Ruiz, nous rendons visite à tous nos patients ce matin. Comment vous sentez-vous ? ».</p> <p>2) En cas de contraintes de temps, expliquer au patient et à sa famille : « Je reviendrai vous voir après les visites. »</p> <p>3) Se renseigner sur les préoccupations des patients en amont et en faire part aux cliniciens expérimentés lors de la visite, au chevet du patient : « M. Carlton espère éviter une intervention chirurgicale, est-ce possible ? ».</p> <p>4) Inviter et encourager les patients à s'exprimer pendant la visite des patients.</p> <p>5) Demander à son superviseur s'il pense que les patients et leur entourage peuvent ajouter de la valeur aux discussions menées pendant les tournées et, partant, améliorer l'efficacité du service.</p>

<p><i>Infaillibilité des professionnels de santé :</i> heures de travail</p>	<p>Un membre débutant du personnel du service annonce avec fierté qu'il travaille depuis plus de 36 heures.</p>	<p>Admirer le membre du personnel pour son endurance et l'engagement dont il fait preuve envers son travail.</p>	<p>1) Demander au membre du personnel comment il se sent et s'il est sage, voire responsable, de continuer à travailler.</p> <p>2) Lui demander quand finit sa garde et comment il prévoit de rentrer chez lui. Est-il en état de conduire une voiture ?</p> <p>3) Faire quelques suggestions utiles : « Quelqu'un peut-il vous remplacer pour que vous puissiez rentrer chez vous vous reposer ? » ou « Je ne pensais pas que le personnel était autorisé à travailler autant. Vous devriez vous plaindre de votre emploi du temps ».</p>
<p><i>Infaillibilité des professionnels de santé :</i> attitude vis-à-vis des erreurs</p>	<p>Seuls les professionnels incompetents ou qui ne respectent pas les codes de déontologie commettent des erreurs. Les bons professionnels de santé n'en font pas.</p>	<p>Accepter la culture selon laquelle les professionnels de santé qui font des erreurs sont « mauvais » ou « incompetents ». Faire davantage d'efforts pour éviter les erreurs. Garder le silence ou trouver quelqu'un ou quelque chose à blâmer lorsque l'on fait une erreur. Penser que l'on ne pourrait jamais faire d'erreurs aussi bêtes que celles que font les autres.</p>	<p>1) Comprendre qu'il est inévitable de faire des erreurs et que les causes en sont multifactorielles et impliquent des facteurs latents pas nécessairement évidents au moment où l'erreur est commise. Surveiller ses patients, ses collègues et soi-même dans l'hypothèse d'une erreur et promouvoir activement l'apprentissage à partir des erreurs.</p>
<p><i>Infaillibilité des professionnels de santé :</i> faire des erreurs</p>	<p>Un professionnel de santé expérimenté commet une erreur et dit au patient qu'il y a eu une complication. Les professionnels ne parlent pas de leurs erreurs lors des réunions d'analyse par les pairs.</p>	<p>Accepter la façon de gérer les erreurs, à savoir les expliquer comme un problème associé au patient plutôt qu'aux soins dispensés. Se rendre rapidement compte que le professionnel expérimenté ne fait pas part des erreurs aux patients ou à ses collègues et adopter le même comportement.</p>	<p>1) Discuter de l'annonce suite à un dommage associé aux soins avec un superviseur et essayer de savoir si l'hôpital ou le centre de soins est doté d'une politique relative à l'information des patients suite à un EIAS.</p> <p>2) Demander au patient s'il souhaiterait être mieux informé sur sa prise en charge et, le cas échéant, en faire part au médecin.</p> <p>3) Avertir son superviseur ou chef d'équipe lorsque l'on commet une erreur et demander comment éviter une telle erreur à l'avenir.</p> <p>4) Remplir un formulaire de déclaration d'un EIAS, le cas échéant.</p>
<p><i>Infaillibilité des professionnels de santé :</i> omniscience</p>	<p>Un professionnel de santé a un complexe de supériorité et méprise les professionnels de santé moins expérimentés ainsi que les patients.</p>	<p>Aspirer à lui ressembler et apprécier l'admiration qu'il suscite.</p>	<p>1) Prendre conscience de l'arrogance de telles attitudes et prendre exemple sur les professionnels qui font preuve d'esprit d'équipe et partagent leurs connaissances et leurs responsabilités.</p>
<p><i>Culpabilisation/humiliation</i></p>	<p>Un professionnel de santé qui commet une erreur est ridiculisé ou humilié par son superviseur.</p> <p>Un hôpital sanctionne un membre du personnel qui a fait une erreur.</p>	<p>Ne rien dire et adopter le comportement des autres membres du personnel qui font des commentaires négatifs sur un professionnel de santé impliqué dans un EIAS.</p>	<p>1) Soutenir un collègue impliqué dans un EIAS et faire preuve de compréhension à son égard.</p> <p>2) Discuter avec ses collègues et son superviseur des façons plus efficaces de comprendre les erreurs que de simplement culpabiliser la personne impliquée.</p> <p>3) Mettre l'accent sur l'erreur. Demander « Que s'est-il passé » plutôt que « Qui était impliqué ? ». Essayer de lancer une discussion au sein de l'équipe/groupe d'étudiants sur les multiples facteurs pouvant avoir contribué à l'EIAS.</p>

<p><i>Travail en équipe :</i> je fais partie de l'équipe infirmière (ou de sages-femmes/de pharmacie/dentaire/médicale)</p>	<p>Les étudiants et les cliniciens débutants ne considèrent comme faisant partie de leur équipe que les autres cliniciens qui exercent la même discipline.</p>	<p>Changer de comportement pour s'adapter aux autres cliniciens et ne s'identifier qu'aux membres de sa propre profession.</p>	<p>1) Avoir conscience que, du point de vue du patient, l'équipe est constituée de tous les professionnels qui dispensent les soins et administrent les traitements, à savoir le personnel infirmier, le personnel du service et les professionnels paramédicaux ainsi que le patient lui-même et les membres de sa famille.</p>
	<p>Les cliniciens du service font leur visite sans qu'un représentant des autres professions ne soit présent.</p>		<p>2) Toujours suggérer d'inclure les autres membres de l'équipe soignante dans les discussions sur la prise en charge et le traitement du patient.</p>
			<p>3) Reconnaître et optimiser les avantages d'une équipe interprofessionnelle.</p>

Expériences des patients

En santé, les récits d'expérience sont utilisés en tant qu'outil d'apprentissage depuis plusieurs générations de professionnels de santé. Les anecdotes concernant des collègues doués ou difficiles, des bons et des mauvais professeurs, formateurs et superviseurs, et les conseils pour survivre à une garde ou un stage particulier n'en sont que quelques exemples. Elles se placent principalement dans la perspective des étudiants en santé. Les expériences des patients ne sont généralement pas prises en considération. Elles nous rappellent pourtant que les patients font, eux aussi, partie de l'équipe soignante et que leur contribution compte. Les récits d'expériences des patients inclus dans chaque module ont pour objectif de mettre en lumière l'importance du module du point de vue du patient et de donner vie au Guide pédagogique en fournissant des exemples réels de problèmes pouvant survenir lors de la dispensation des soins en l'absence d'une approche axée sur les patients.

Dans la plupart des études de cas, des noms fictifs ont été utilisés, sauf lorsque la famille a expressément donné l'autorisation d'utiliser les vrais noms, comme dans l'étude portant sur Caroline Anderson. Ces histoires réelles de patients sont extraites de l'Australian Patient Safety Education Framework (APSEF) 2005.