



# ROLE DES SYNDICATS DANS LA GESTION DE L'ERREUR MEDICALE



Dr BASSONG  
Neurologue  
Pdt SYMEC

# PLAN

- INTRODUCTION
- EPIDEMIOLOGIE
- MODELE ETIOLOGIQUE ET CAUSES
- APPROCHE ATTENDUES
- SYNDICATS ET GESTION DE L'ERREUR MEDICALE
- CONCLUSION

# INTRODUCTION

## ERRARE HUMANUM EST

Les soignants sont humains

- Actes de prévention
- Actes de diagnostic
- Actes de traitement

- Un sujet douloureux
- Un sujet dangereux
- L'intimité professionnelle

**Fatalité ?**

# QUELQUES DÉFINITIONS

- Erreur médicale (OMS):
  - ✓ Exécution non conforme d'un acte prévu
  - ✓ Application d'un plan incorrect

A l'hôpital, clinique, pharmacies, à la maison.

## Terme générique

Attribué à toute erreur s'étant produite au sein des organisations de soins

- ✓ Opératoires et chirurgicales
- ✓ Diagnostiques
- ✓ Equipements
- ✓ Identification
- ✓ Traitement

▪ Erreur médicale ou plutôt **évènement indésirable associés aux soins** (inattendu, perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé)

## EVENEMENTS INDESIRABLES

- Erreur médicale due à une faute professionnelle (évitable) : volontaire ou non
- Aléa thérapeutique: Aggravation post thérapeutique (inévitable)
- ✓ Evènement indésirable grave (EIG): (Décès , pronostic vital, durée d'hospitalisation, incapacité ou handicap)
- ✓ Evènement sentinelle (recurrence, signal d'alerte)
- ✓ Presque évènement ou évènement porteurs de risques EPR (pas de dommage, mais potentiellement comme EIG)

50% d'erreurs médicales sont potentiellement évitables (De Vries , 2008)

# EPIDEMIOLOGIE

- En 2014 , OMS estimait à 8000 décès par erreur médicale au Cameroun
- Au moins 450000 évènements indésirables liés aux soins par an en France: 9/1000 journées d'hospitalisation en chirurgie et 5/1000 en médecine. 50 000 décès
- Aux Etats-unis (250,000 à 440,000) 9,5% de décès ( Makary MA. 2016).
- Troisième cause de mortalité derrière les cancers et les maladies cardio-vasculaires
- USA: 2% des médecins commettent 50% des erreurs médicales grave (Levitt, 2014)
- En Australie 3% de médecins dangereux

# MODELE ETIOLOGIQUE ET CAUSES

## CAUSES

- Communication
- Transfert partiel des informations en cas de référence
- **Problèmes humains**
  - Problèmes liés aux patients
  - Transfert de connaissances.
  - Travail d'équipe et charge du travail.
- **Problèmes techniques.**
  - Mauvaises politiques de santé

# MODELE ETIOLOGIQUE

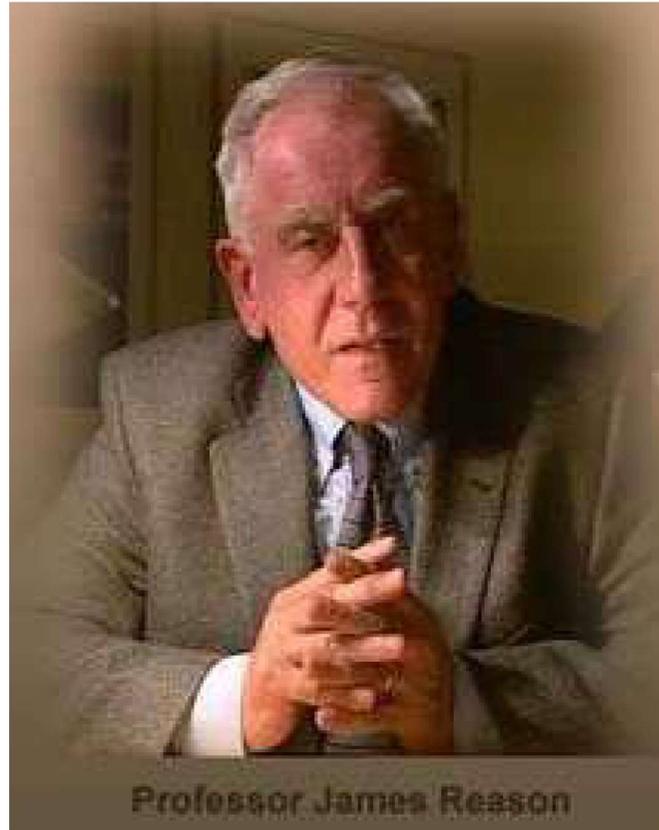
James Reason :

Analyses des principaux accidents survenus entre 1979 et 1989 ont permis de comprendre que:

« *la **performance** (correcte ou erronée) des opérateurs de première ligne (sharp end operators) est étroitement liée aux conditions de travail (local workplace conditions). Les conditions de travail sont **elles-mêmes conditionnées par des décisions stratégiques de haut niveau (hiérarchique)** ».*

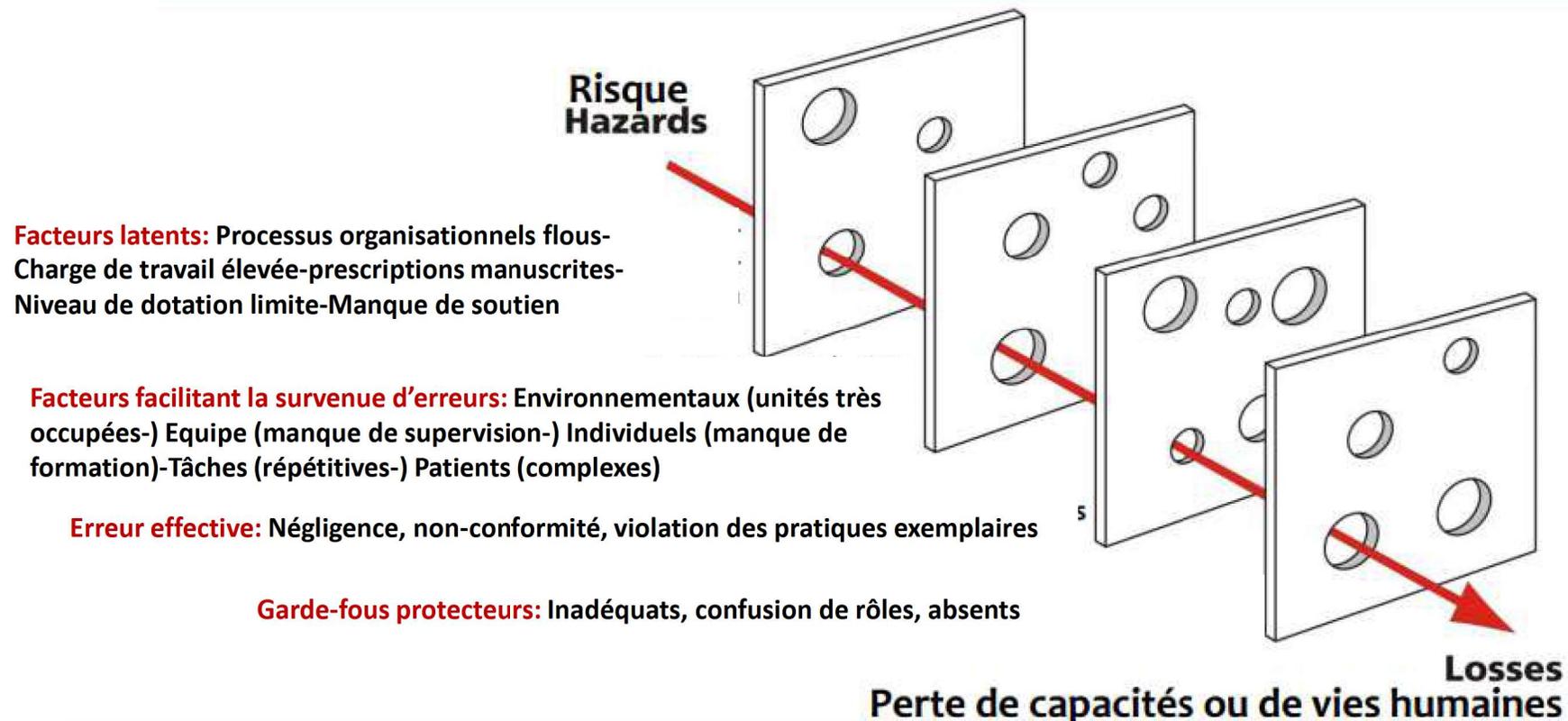
Pas nouveau: Deux sociologues Barry Turner et Charles Perrow avaient déjà posé de solides bases de réflexion sur la contribution humaine aux accidents industriels (Turner, 1978, Reason, 1990 ; Perrow, 1984).

## PAR JAMES REASON



*La performance est étroitement liée aux conditions de travail ; elles-mêmes conditionnées par des décisions stratégiques de haut niveau hiérarchique*

# Modèle étiologique « swiss cheese » de l'erreur humaine James Reason



Version populaire du "Swiss Cheese Model" (Reason, 2000b).

# LA DURE REALITE DES SYSTEMES

Le résultat des soins dépend

- Du médecin de 10%,
- Plateforme de soins et son équipe pour 50%,
- Choix de société (accès aux soins) et même des patients pour la part restante (Barber, 2002 ; Brown 2011)



La plupart des erreurs passent inaperçues

- Le soignant se rattrape à temps
- Le soignant ignore son erreur
- Le soignant cache son erreur

Ainsi, les EPR sont plus nombreux et échappent à la loi, et plus faciles à étudier

## **Notre système de santé**

✓ La qualité des soins offerts est jugée médiocre par les soignants eux-mêmes et les conduites diagnostiques et thérapeutiques sont laissées à l'initiative des personnels soignants en l'absence de normes ou de protocoles (CDBPS, 2011)

# Notre système de santé

## Dans les SAU de Yaoundé

✓ 21% des patients sont reçus immédiatement, 41,1% le sont dans les 30 minutes et 80% dans l'heure suivant leur arrivée (Habiba, 2011).

✓ La durée de séjour dans les SAU est prolongée : 10% des usagers y passent moins d'une heure contre 65% qui y restent plus de 24 heures.

## Dans un CHU tunisien:

✓ Durée d'attente moyenne: 14 minutes pour être reçu

✓ 73% des patients n'y passaient pas plus d'une heure et 97%, pas plus de quatre heures (Jarrar, 2005).

Ces retards contribuent au taux élevé (20,3%) de mortalité à 10 jours (Binam, 2001).

# APPROCHES ATTENDUES

Cesser la culture du blâme individuel et instaurer une culture de la sécurité

Selon la European Network for Patient Safety, quatre thèmes à améliorer au niveau des organisations de santé:

- ✓ Promotion d'une culture de sécurité des soins
- ✓ Formation à la sécurité des soins
- ✓ Système de notification des événements indésirables
- ✓ Sécurité de la prescription

# **SYNDICAT ET GESTION DE L'ERREUR MEDICALE**

✓ **En Amont: Prévention**

✓ **En aval: Assistance et accompagnement**

**Rôle naturel d'un syndicat: défense des intérêts professionnels, économiques  
et moraux des médecins: Meilleures conditions de travail**

# ROLE DES SYNDICATS: LA PREVENTION

## **Barrière humaine**

- Formation initiale**
- Formation continue**
- Négligence**
- Non-conformité**
- Violation des pratiques exemplaires**
- Culture de la sécurité des patients**

# ROLE DES SYNDICATS: LA PREVENTION

## Barrière humaine

- Formation de base
- Formation continue
- Négligence
- Non-conformité
- Violation des pratiques exemplaires
- Culture de la sécurité des patients

## • Barrière technique

- Compétences
- -Équipements

# ROLE DES SYNDICATS: LA PREVENTION

## Barrière humaine

- Formation de base
- Formation continue
- Négligence
- Non-conformité
- Violation des pratiques exemplaires
- Culture de la sécurité des patients

## • Barrière technique

- Compétences
- -Équipements

## Barrière organisationnelle

- Organisation des Equipes
- Kits
- Accès aux soins
- Charge du travail
- Cahier de charge des professionnels
- Organisation matérielle
- Exercices de simulation
- Protocoles de prise en charge
- Système de signalisation des erreurs médicales
- Sécurité de la prescription

# ROLE DES SYNDICATS: LE FAIT ACCOMPLI

**Abandonner la culture du blâme**

- Notification
- Enquête
- Divulgateion
- En tirer des leçons

- **Assistance**
  - Soutien moral
  - -Matériel et financier
  - -Siège conseil de discipline
  - Investigation
  - -

**-Procédures judiciaires**

# CONCLUSION

**Santé: entreprise d'où risque d'accidents**

**Erreur est humaine, mais pas une fatalité, possibilité d'agir à grande échelle et au niveau individuel**

**La prise de conscience et la pratique des compétences non techniques permettent de mitiger les erreurs médicales**

**SYNDICAT: MEILLEURES CONDITIONS DE TRAVAIL:  
REDUCTION DES ERREURS MEDICALES**