



**IFRISSE**  
**E-learning**

Master 2 santé publique  
INTITULE DE L'UE: Notions essentielles de la qualité des soins et la  
sécurité des patients SPU2301  
Année universitaire 2021-2022

# Généralités sur la sécurité des patients

## ECU :1SPU2301

**Prof Hervé HIEN, MD, MPH, PhD**

Maitre de recherche, IRSS/CNRST

Directeur général de l'Institut national de santé publique (INSP)

Ouagadougou, 05 avril 2022

# Objectifs du cours

Les apprenants sont capables de :

- Définir les concepts de sécurité des patients
- Décrire les facteurs liés à la sécurité des patients
- Décrire les principes de la sécurité des patients

# Plan

## Introduction

- ❑ Définitions de concepts
- ❑ Facteurs liés à la sécurité des patients
- ❑ Principes de la sécurité des patients

## Conclusion

# Introduction

## Exemple de préjudice lié à une erreur de médication

Un couple emmène sa petite fille de deux semaines chez le pédiatre pour un examen de routine. Le médecin prescrit deux injections de vitamine K. L'infirmière fait une première injection à l'enfant et remet le deuxième flacon aux parents. Sur le chemin du retour, le bébé ne cesse de pleurer. Puis les pleurs s'arrêtent de manière soudaine ; les parents réalisent que la fillette ne respire plus. Ils la ramènent en catastrophe à la clinique, où le personnel tente immédiatement de la réanimer. Elle décède un peu plus tard dans l'après-midi.

Désespérés, lorsqu'ils cherchent à comprendre ce qui s'est passé, les parents sortent le flacon qui leur reste ; il y est indiqué ÉPINÉPHRINE. Ils comprennent que ce n'est pas de la vitamine K qu'on a donné à leur enfant, comme ils le pensaient. Le personnel de la clinique leur explique que les flacons de vitamine K et d'épinéphrine ont la même taille et la même couleur, et qu'il est facile de les confondre. Le problème des conditionnements similaires est un problème classique en matière de délivrance des médicaments.



# Pourquoi la sécurité des soins ?

- Un concept de la qualité des soins

## La sécurité des patients - un problème d'importance mondiale

### Charge et effets des soins à risque



D'après une étude sur la fréquence et le caractère évitable des événements indésirables dans 26 pays à revenu faible ou intermédiaire, le taux d'événements indésirables était d'environ 8 %, dont 83 % auraient pu être évités et 30 % ont entraîné la mort.

# Les faits, suite...

- ❑ Les préjudices causés aux patients par des manifestations indésirables sont probablement l'une des 10 principales causes de décès et de handicap dans le monde.
- ❑ Les estimations montrent qu'environ un patient sur 10 dans les pays à revenu élevé subit un préjudice tandis qu'il reçoit des soins à l'hôpital.
- ❑ Des manifestations indésirables diverses en sont la cause, et 50% d'entre elles sont évitables.
- ❑ Chaque année, 134 millions de manifestations indésirables dues à des soins dangereux surviennent dans les hôpitaux des pays à revenu faible ou intermédiaire et contribuent à 2,6 millions de décès

# Les faits, suite...

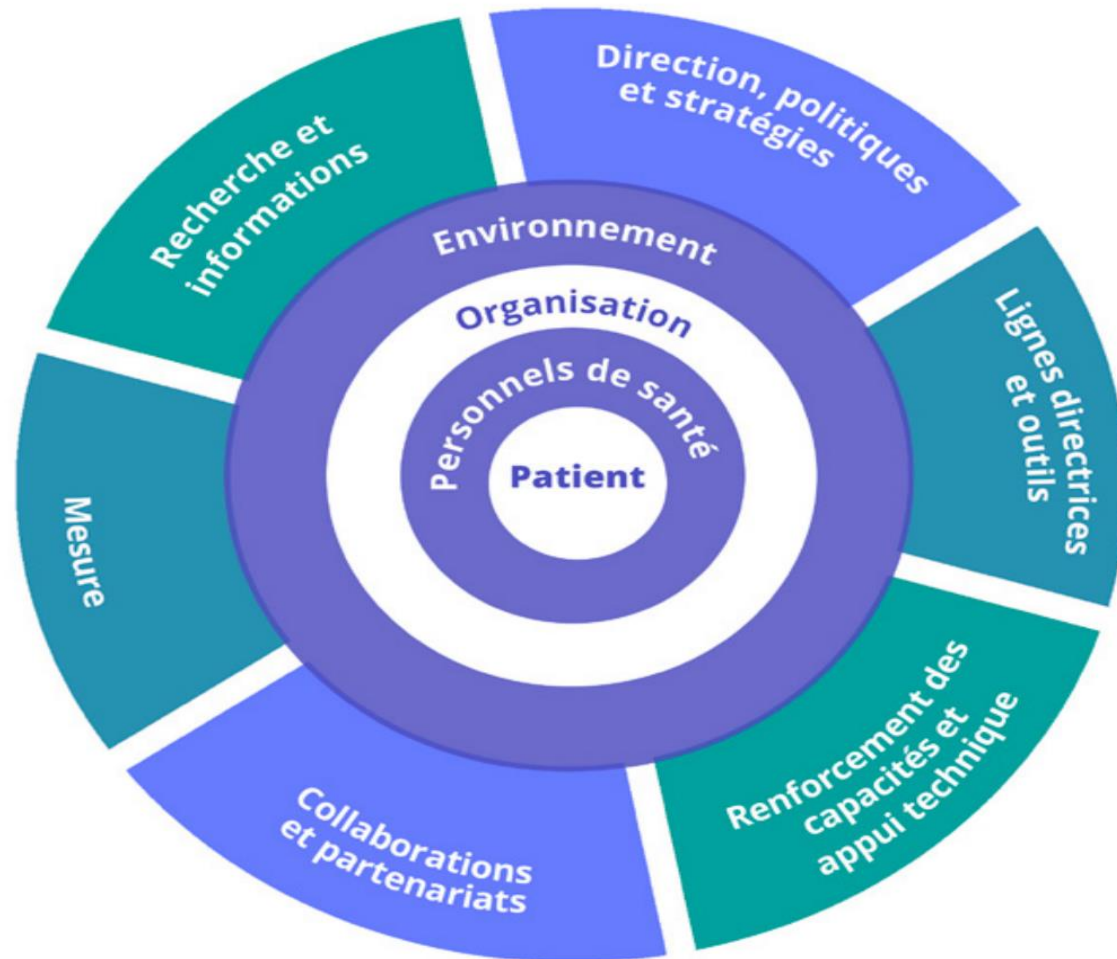
- ❑ D'après une autre étude, les deux tiers environ de la charge mondiale des manifestations indésirables consécutives à des soins dangereux, y compris les années de vie ajustées sur l'incapacité perdues, concernent les pays à revenu faible ou intermédiaire .
- ❑ À l'échelle mondiale, quatre patients sur dix subissent des préjudices dans les structures de soins de santé primaires ou de soins ambulatoires.
- ❑ La proportion de préjudices évitables peut atteindre 80%. Les erreurs les plus importantes sont liées au diagnostic, aux prescriptions et à l'utilisation de médicaments.
- ❑ Dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 5% des dépenses et des activités des hôpitaux sont attribuables à la prise en charge des problèmes dus aux manifestations indésirables .



# Activités de l'OMS sur la sécurité des patients

Notre approche en vue de réaliser  
des avancées

Résultats  
escomptés



- Amélioration de la sécurité des patients
- Réduction des risques et des préjudices
- Meilleurs résultats sanitaires
- Valorisation de l'expérience des patients
- Coûts moins élevés

# Définitions de concepts

# Définition de la sécurité des patients

- La situation mondiale des soins de santé évolue et les systèmes de santé fonctionnent dans des environnements de plus en plus complexes.
- Les traitements, les technologies et les modèles de soins nouveaux peuvent avoir des effets thérapeutiques mais également représenter de nouvelles menaces pour la sécurité des soins.
- On admet aujourd'hui que la sécurité des patients est un principe fondamental des soins de santé et un défi de plus en plus grand pour la santé publique mondiale.
- Les efforts déployés dans le monde pour alléger la charge des préjudices causés aux patients n'ont pas apporté de changement notable ces 15 dernières années malgré des innovations dans certains établissements de soins.

# Définition de la sécurité des patients

- La sécurité des patients est assurée en l'absence de tout préjudice évitable pour un patient au cours du processus de soins de santé, ce qui suppose notamment de réduire au minimum acceptable le risque de préjudice inutile associé aux soins de santé.
- Le minimum acceptable est fixé en fonction des connaissances dont on dispose actuellement, des ressources disponibles et du contexte dans lequel les soins sont dispensés, mis en balance avec le risque associé à l'absence de traitement ou à tout autre traitement.

# Définition de la sécurité des patients

- La sécurité des patients est un domaine des soins de santé qui a émergé avec la complexité croissante des systèmes de santé et la hausse des préjudices causés aux patients au sein des établissements de santé.
- Il s'agit de prévenir et de réduire les risques, les erreurs et les préjudices causés aux patients dans le cadre de soins de santé.
- La sécurité des patients repose en premier lieu sur l'amélioration continue, grâce à des enseignements tirés des erreurs et des manifestations indésirables.

# Définition de la sécurité des patients

- La sécurité des patients est essentielle pour fournir des services de santé de base de qualité.
- Il est clairement admis, en effet, que des services de santé de qualité à l'échelle du monde devraient être efficaces, sûrs et centrés sur la personne.
- De plus, pour concrétiser les bénéfices de soins de santé de qualité, les services de santé devraient être fournis en temps utile et de manière équitable, intégrée et efficace.

# Sécurité des patients et gestion du risque

- Le risque est défini comme l'exposition, souhaitée ou non, à un danger (une falaise est un danger, la grimper est un risque).
- On peut distinguer quatre situations :
  - **le renoncement au risque** (ex : ne pas opérer un patient porteur de trop nombreuses co-morbidités pour une intervention de confort)
  - **la prise volontaire de risque liée** à la recherche d'un bénéfice dans l'activité réalisée (ex : traitement chirurgical d'une appendicite permettant d'éviter l'évolution vers la péritonite et le décès, malgré le risque chirurgical et anesthésique)
  - **la prise volontaire d'un risque comme condition de la performance** (ex : traitement de la myopie pouvant s'effectuer par des verres correcteurs, mais pour laquelle le traitement chirurgical recherche un bénéfice supérieur, avec la prise de risque liée à l'intervention)
  - **la prise involontaire d'un risque subi** (ex : période de travail en sous effectif aigu ou changement de mode opératoire de dernière minute pour raison de la non disponibilité d'un dispositif médical essentiel)

# Sécurité des patients et gestion du risque

<b>Sécurité du patient</b>	Absence pour un patient d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé (OMS, CISP 2009) (une atteinte associée aux soins découle de mesures prises pendant la dispensation des soins et ne résultant pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacent(e))
<b>Danger</b>	Ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose (Le Petit Robert de la langue française, 2006)
<b>Risque</b>	Probabilité de survenue d'un incident
<b>Situation à risque</b>	Évènement possible dont la survenue est susceptible de créer des dommages
<b>Évènement évitable</b>	Jugement de valeur accepté par la collectivité compte tenu des pratiques et savoirs médicaux recommandés dans des circonstances données et à un moment donné par la communauté scientifique
<b>Évènement indésirable associé aux soins</b>	Tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement. (Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010). Peut aussi concerner un patient venant le temps d'une consultation, d'une investigation ou d'un traitement



# Sécurité des patients et gestion du risque

<b>Événement porteur de risque (EPR)</b>	Événement n'ayant pas engendré de conséquence grave pour le patient (« presque accident »), dont l'analyse méthodique favorisera la compréhension des causes de survenue, mais aussi celles des modalités de la récupération ayant permis à temps sa détection et son traitement
<b>Erreur humaine</b>	Réalisation <b>non volontaire</b> d'un acte qui empêche d'obtenir le résultat souhaité. La littérature <sup>39</sup> distingue les <b>erreurs de routine</b> (en anglais « <i>slips</i> », de très loin les plus fréquentes, plus de 80 % du total des erreurs) et les <b>erreurs de connaissances</b> (en anglais « <i>fault</i> », à ne pas traduire par faute en français) qui se séparent elles-mêmes en deux catégories : les erreurs de contexte (10 à 15 % du total des erreurs, connaissance exacte employée dans le mauvais contexte) et les erreurs par manque de connaissance (très rares, moins de 2 % en général chez les experts)
<b>Violation</b>	<b>Écart volontaire</b> à la norme ou la recommandation pour maximiser un bénéfice souhaité (technique, financier, humain)
<b>Cause immédiate</b>	Cause objective la plus immédiatement liée à la survenue de l'événement, par exemple blessure per opératoire ou chute du patient
<b>Facteur favorisant (ou cause profonde)</b>	Circonstance, acte ou élément susceptible d'avoir participé à la naissance ou à la survenue d'un incident ou d'avoir accru le risque d'événement indésirable grave (EIG). Les facteurs favorisants peuvent être externes (l'établissement n'en a pas la maîtrise), liés à l'organisation (absence de protocoles acceptés), liés au personnel (problème comportemental d'une personne, absence d'encadrement, manque de collaboration ou communication insuffisante) ou liés au patient (attitude problématique)

# Sécurité des patients et gestion du risque

Démarche de gestion des risques <i>a posteriori</i>	<b>Démarche réactive</b> ou corrective axée sur l'analyse rétrospective des événements indésirables et le traitement des causes identifiées
Démarche de gestion des risques <i>a priori</i>	<b>Démarche préventive</b> axée sur l'analyse et la mise en œuvre de mesures susceptibles d'empêcher ou de limiter la survenue d'évènements indésirables
Résilience	Mesure dans laquelle un système est capable, en permanence, de prévenir, de détecter, d'atténuer les dangers ou les incidents, ou d'y remédier
Anticipation	Mouvement de la pensée qui imagine ou vit d'avance un événement. En sport : Faculté à prévoir l'attaque de l'adversaire et d'en préparer la parade (Le Petit Robert de la langue française, 2006)
Récupération	Dépistage et traitement d'une défaillance entre le moment où elle se produit et la réalisation de l'événement redouté auquel elle aurait pu conduire (« l'échappée belle » des québécois)
Approche systémique	<b>Approche globale</b> centrée sur la cohérence du tout plutôt qu'une approche par décomposition centrée sur l'optimisation des parties.

# Facteurs liés à la sécurité des patients

# Facteurs liés à la sécurité des patients

- Chaque année, des millions de patients sont victimes de traumatismes ou décèdent en raison de soins dangereux ou de mauvaise qualité.
- De nombreuses pratiques médicales et de nombreux risques associés aux soins de santé posent désormais des problèmes en termes de sécurité des patients et accentuent considérablement les conséquences des soins dangereux.
- On trouvera ci-dessous quelques exemples de situations-types particulièrement préoccupantes.

# Facteurs liés à la sécurité des patients

- **Les erreurs médicamenteuses** sont l'une des principales causes de lésion et de préjudice évitable dans les systèmes de santé: à l'échelle mondiale, on estime à US \$42 milliards par an le coût associé aux erreurs médicamenteuses
- **Les infections associées aux soins de santé** concernent 7% des patients hospitalisés dans les pays à revenu élevé, et 10% dans les pays à revenu faible et intermédiaire
  - Jusqu'à 25% des patients souffrent de complications à la suite **de soins chirurgicaux dangereux**. Chaque année, près de sept millions de patients sont victimes de complications opératoires graves, dont un million décèdent pendant ou immédiatement après l'intervention

# Facteurs liés à la sécurité des patients

- **Les injections à risque** pratiquées dans le cadre de soins de santé peuvent être à l'origine de la transmission d'infections, dont celle à VIH et les hépatites B et C, et elles constituent directement un danger pour les patients et les agents de santé.
  - On estime qu'elles sont responsables, chaque année dans le monde, de la perte de 9,2 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité
- **Des erreurs de diagnostic** surviennent pour environ 5% des adultes recevant des soins ambulatoires; plus de la moitié de ces erreurs peuvent entraîner de graves préjudices.
  - La plupart des gens seront victimes d'une erreur de diagnostic au cours de leur vie

# Facteurs liés à la sécurité des patients

- **Les transfusions dangereuses** exposent les patients à des risques de réactions transfusionnelles indésirables et à la transmission d'infections (14).
  - Il ressort des données d'un groupe de 21 pays relatives aux réactions transfusionnelles indésirables que l'incidence moyenne des réactions graves est de 8,7 pour 100 000 composants sanguins distribués
- **Les erreurs radiologiques** englobent les cas de surexposition aux rayonnements ionisants et les erreurs d'identification du patient ou du site à irradier (16).
  - Un examen des données publiées depuis 30 ans sur la sécurité de la radiothérapie montre que l'incidence globale des erreurs est de 15 pour 10 000 traitements

# Facteurs liés à la sécurité des patients

- **L'état septique** est rarement diagnostiqué assez tôt pour sauver la vie du patient. \*
  - Comme les infections à l'origine d'un état septique sont souvent résistantes aux antibiotiques, elles peuvent entraîner rapidement une dégradation de l'état du sujet.
  - On estime que, chaque année, 31 millions de personnes dans le monde présentent un état septique et que plus de cinq millions en meurent
- **La thromboembolie veineuse** est l'un des événements indésirables les plus courants et les plus facilement évitables; elle est à l'origine d'un tiers des complications attribuées à l'hospitalisation.
  - Selon les estimations, il y a, chaque année, 3,9 millions de cas de thromboembolie veineuse dans les pays à revenu élevé et 6 millions de cas dans les pays à revenu faible ou intermédiaire



# Sécurité des patients dans un hôpital de district au Burkina Faso. Hien et al; 2012

**Healthcare-associated infection in Burkina Faso: an assessment in a district hospital**

**Journal of Public Health in Africa 2012; volume 3:e29**

**In developing countries, few data are available on healthcare-associated infections. In Burkina Faso, there has been a failure to take into account risk management and patient safety in the quality assurance program. The**

**Table 1. Hospital population sources of risks of infection in primary care setting in Ziniaré district hospital, 2011.**

Indicators	Scores	Criteria	Level scores		Total score (%)	Risks level
			No.	%		
<b>Care providers</b>						
Professional behavior	0-3	Blouse wearing	16	84.2	63.16	Mean
		Clean blouse	13	81.3		
		Short sleeve blouse	14	87.5		
Gloves wearing	0-1	During care at risks	14	73.7	73.7	Mean
Hands friction	0-6	Hand friction practical	1	5.26	5.26	High
		Technique success	1	5.26		
Hands washing	0-1	Hand washing practical	4	21.1	5.26	High
	0-9	Technique success	1	5.26	36.85	High
<b>Patients</b>						
Age (n=30) (years)	0-1	≤50	20	66.7	66.67	Mean
Nutritional status (n=19)	0-1	Good	14	77.8	77.7	Mean
Hygiene (n=30)	0-6	Clothes cleanliness	20	66.7	36.67	High
		Bath in the 48 h	14	46.7		
Pathology (n=30)	0-1	No infectious disease	0	100	100	Low
					70.26	Mean
<b>Patients' guardian</b>						
Number per patient (n=30)	0-1	1 per patient	9	30	30	High
Hygiene (n=63)	0-2	Clothes cleanliness	46	73	73.02	Mean
		Shoes wearing	60	96.8		
Stay condition (n=63)	0-1	Visitor room	0	0	0	High
					34.34	High



**Figure 1. Final disposal of Ziniaré hospital household waste in the city during our study.**

**Table 2. Healthcare and services organization sources infection risks in primary care setting in Ziniaré district hospital, 2011.**

Indicators	Scores	Criteria	Level scores		Total score (%)	Risks level				
			(No.)	(%)						
HWM	0-11	HWM responsible	1	100	22.73	High				
		HWM protocole	0	0						
		Staff training	0	0						
		Staff immunization	0	0						
		Sort and handling	0.5	50						
		Collection	0	0						
		Storage	0	0						
		Transport	0	0						
		Treatment	1	100						
		Destruction	0	0						
		Assessment	0	0						
		Anti-bacteria policy	0-9	Antibiotic prescription conformity to pathology (n=33)			24	72.72	36.36	High
				Antibiotic using policy and provisioning			0	0		
Sterilization system (4 services)	0-10	Sterilization responsible	0	0	50	High				
		Disinfection and sterilization protocols	0	0						
		Decontamination	4	100						
		Cleaning	4	100						
		Drying	4	100						
		Disinfection/sterilization	4	100						
		Storage	4	100						
		Staff training	0	0						
		Staff immunization (hepatitis B, tetanus)	0	0						
		Assessment	0	0						
Devices of water points (6 services)	0-1	Water point in treatment room	2	33.33	33.33	High				

HWM healthcare waste management

**Table 3. Hospital environment sources of risks of infection in primary care setting in Ziniaré district hospital, 2011.**

Indicators	Scores	Criteria	Level scores		Total score (%)	Risk level (%)
			No.	(%)		
Water supply (6 services)	0-1	Permanent water supply	6	100	75	Mean
	0-1	Running water supply	6	100		
	0-1	Apparent water property	6	100		
	0-1	Water quality control	0	0		
Hospitalization room air quality (6 services)	0-1	Hospitalization room ventilation	3	50	25	High
	0-1	No mould on the ventilators	0	0		
	0-1	No odor in hospitalization room	3	50		
	0-1	Air quality assessment	0	0		
Infrastructure hygiene (6 services)	0-1	Infrastructure hygiene responsible	0	0	6.67	High
	0-1	Staff training	0	0		
	0-1	Cleaning protocol	0	0		
	0-1	Cleaning program	0	0		
	0-1	Availability of the material and up keeping products	0	0		
	0-1	Buildings maintenance assessment	0	0		
	0-5	Toilets property	0	0		
	0-5	Room ground property	4	66.67		
	0-1	Traceability of actions allowed	0	0		
	0-1	Traceability of material maintenance	0	0		

# Connaissances et pratiques des professionnels de santé sur le risque infectieux associés aux soins :

Tableau II : Connaissances générales des 56 professionnels de santé sur les infections nosocomiales et les germes hospitaliers

Rubriques de questions	Ancienneté dans la profession (N = 50)		Ensemble du personnel (N =56)
	< 6 ans (n = 23)	≥ 6 ans (n = 27)	
1. Qu'est ce qu'une infection nosocomiale ? (Infection acquise à l'hôpital+48 H) n, % • Oui	8 (33,78)	9 (33,33)	17 (30,04)
2. Comment le malade attrape-t-il une infection nosocomiale ? n, % • Manuportage • Matériel septique • Défaut d'asepsie • Réponses multiples	10 (43,48) 9 (39,13) <b>18 (78,26)</b> 5 (27,74)	11 (40,74) 14 (51,85) <b>23 (85, 18)</b> 9 (33, 33)	22 (39,3) 25 (44,6) <b>47 (83,9)</b> 14 (25)
3. Quels sont les facteurs qui augmentent le risque d'avoir une infection nosocomiale ? (n, %) • Actes invasifs • Durée d'hospitalisation • Terrain • Age • Réponses multiples	17 (73,91) <b>17 (73,91)</b> 8 (34,78) 3 (13,04) 3 (13,04)	16 (59,26) <b>21 (77,78)</b> 11 (40,74) 2 (7,41) 2 (7,41)	37 (66,1) <b>43 (76,8)</b> 21 (37,5) 5 (8,9) 5 (8,9)
4. Quel est le principal mode de transmission croisée des germes entre les patients dans un établissement de soins (Mains du personnel soignant en l'absence d'hygiène des mains) • Oui	11 (47,83)	10 (37,04)	25 (44,6)

Tableau III : Connaissances des professionnels de santé sur leurs pratiques des méthodes barrières d'hygiène lors des soins

Rubriques de questions	Ancienneté dans la profession (N = 50)		Ensemble du personnel (N = 56)
	< 6 ans (n = 23)	≥ 6 ans (n = 27)	
En quoi consiste l'isolement d'un malade ?			
• Isolement technique	11 (47,83)	11 (40,74)	24 (42,86)
• Isolement géographique	11 (47,83)	14 (51,85)	28 (50)
• Réponses multiples	1 (4,35)	1 (3,70)	2 (3,57)
Quand est-ce que vous vous lavez les mains ?			
• avant et après	14 (60,87)	23 (85,18)	43 (76,8)
Connaissez-vous les différents types de lavage des mains ? (simple, antiseptique, chirurgical)			
• Oui	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Est-il nécessaire de se laver les mains avant de mettre les gants ?			
• Oui	21 (91,30)	25 (92,59)	51 (92,7)
Portez-vous des gants lors des soins ?			
• Oui	21 (91,30)	24 (88,89)	51 (92,7)
Avez-vous suivi une formation en hygiène des mains ces trois dernières années			
• Oui	0 (0,00)	1 (3,70)	2 (3,6)

Tableau IV : Observation des pratiques d'hygiène de 19 professionnels de santé

Indicateurs	Scores	Critères	Niveau de scores		Niveau global scores (%)	Niveau de conformité
			n	%		
Tenue professionnelle	0-3	port de blouse	16	84,2	63,16	moyen
		blouse propre	13	81,3		
		blouse manche courte	14	87,5		
Port des gants	0-1	pendant les soins à risques	14	73,7	73,7	moyen
Friction des mains	0-6	pratique de la friction	1	5,26	5,26	
		maîtrise de la technique	1	5,26		
Lavage simple des mains	0-1	Pratique de lavage	4	21,1	5,26	faible
	0-9	maîtrise de la technique	1	5,26		
					36,85	faible

# *La sécurité des soins des personnes âgées présentant des pathologies chroniques au Burkina Faso*

Tableau II : Les catégories pouvant expliquer l'utilisation des médicaments potentiellement inappropriés

<b>Composantes du système d'offre de soins</b>	<b>Catégories/résultats</b>
Influence de l'organisation des soins	Absence au travail
Relation avec la communauté et les autres prestataires des soins	Méfiance des prescripteurs vis-à-vis des tradithérapeutes soins centrés sur la prescription
Appui à l'autonomisation du patient	Exclusion des patients éloignés ou non instruits Faible communication patient-prescripteur
Appui à la prise de décision clinique	Faible compétence des prescripteurs Conflits d'école de formation
Conception du système d'offre de soins	Faible accessibilité financière aux médicaments
	Faible communication entre prestataires Absence de leadership médical Incitation des laboratoires pharmaceutiques
	Paternalisme des prescripteurs
Information clinique	Négligence des prescripteurs Passivité des prescripteurs pour le transfert des connaissances du niveau de référence vers le premier niveau



# *La sécurité des soins des personnes âgées présentant des pathologies chroniques dans les ménages au Burkina Faso*

- Médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées vivant dans la communauté : un problème de santé publique au Burkina Faso. Hien et al; 2019

**Table IV:** Most PMI according to modified Beers criteria

<b>Most PIM. N = 214</b>	<b>N (%)</b>
Aspirin > 325 mg /day	15 (7.01)
chlorpheniramine	10 (4.67)
ciproheptadine	4 (1.87)
Traditional medicine	62 (28.97)
Diclofenac	45 (21.03)
Digoxin >0.125mg/day	9 (4.21)
Ibuprofen	38 (7.76)
Nifedipine	12 (5.61)
Reserpine	12 ( 5.61)
Spironolactone > 25 mg / day	7 (3.27)

Médicaments  
potentiellement  
inappropriés chez les  
personnes âgées vivant  
dans la communauté  
:un problème de santé  
publique au Burkina  
Faso. Hien et al; 2019,  
sc et tech

**Table V:** Factors associated with the use of potentially inappropriate medications

Factors	Potentially inappropriate medications				
	N %	Yes (%)	No (%)	OR (95% CI)	p
Age ( years)					
60-69	212 (58.1)	59.0	41.0	1	0.8
≥ 70	153 (41.9)	59.8	40.2	0.96 (0.6-1.5)	
Sex					
F	175 (45.0)	58.3	41.7	0.95 (0.6-1.4)	0.8
M	214 (55.0)	59.6	40.4	1	
literacy					
No	205 (54.1)	60.2	39.8	1.1 (0.7-1.7)	0.6
Yes	174 (45.9)	57.6	42.4	1	
marital status					
Married	225 (58.7)	60.9	39.1	1.2 (0.7-1.8)	0.4
unmarried	158 (41.3)	56.5	43.5	1	
Income					
No	220 (58.0)	61.0	39.0	1.1 (0.7-1.8)	0.4
Yes	159 (42.0)	56.7	43.3	1	
Habitat					
Common	119 (32.7)	63.2	36.8	1.3 (0.8-2.1)	0.2
Unique	245 (67.3)	56.7	43.3	1	
Consultation*					
Yes	230 (59.1)	52.0	48.0	0.4 (0.3-0.7)	0.001
Non	159 (40.9)	69.4	30.6	1	
Comorbidity					
Yes	333 (85.6)	58.2	41.8	0.7 (0.4-1.4)	0.4
No	56 (14.4)	64.0	36.0	1	
polypharmacy					
1-3	203 (61.0)	52.2	47.8	1	0.001
≥3	130 (39.0)	69.8	30.2	2.1 (1.3-3.4)	
Medical Prescription					
Yes	201(65.3)	50.2	49.8	0.3 (0.2-0.6)	<0.001
No	107 (34.7)	73.6	26.4	1	

\*: Consultation in the past six month in a health facility

ORa: Odds ratio

F: Female, M: Male

# Principes de la sécurité des patients

# Sécurité des patients et défaillance d'un système complexe

- *Le modèle bien connu de « fromage suisse » (ou de plaques) développé par J. Reason offre un cadre simple à la gestion systémique des risques*
- L'idée générale du modèle est qu'un système complexe met en jeu beaucoup d'acteurs et de ressources, chacun d'eux ayant des faiblesses mais aussi des forces en matière de sécurité.
- La sécurité globale du système consiste à empiler ces plaques d'acteurs de sorte que les faiblesses ne s'alignent pas, mais au contraire soient bloquées par les points de sécurité et n'impactent pas le patient. Ce modèle distingue trois types de plaques

# Sécurité des patients et défaillance d'un système complexe

- **les acteurs des plaques relatives à l'organisation**, à la conception et, au management peuvent commettre des erreurs latentes en ce sens qu'elles ne touchent pas directement le patient mais faciliteront les erreurs de ceux qui sont au contact du patient
- **les acteurs de première ligne** (médecins, sages-femmes et soignants) qui interagissent directement avec le soin peuvent commettre des erreurs patentes avec des conséquences immédiates pour le patient,
- **les défenses en profondeur ou barrières de sécurité du système qui sont pensées pour bloquer et récupérer les erreurs patentes** (ex : pharmacien qui contrôle l'ordonnance du médecin et récupère des erreurs de doses, check-list au bloc opératoire qui correctement utilisée favorise la récupération d'erreurs, en matière d'identité ou de côté à opérer)

# Une profonde évolution des idées

Reason, J. 2003, *L'erreur humaine*, PUF

## Le modèle du fromage Suisse

### ERREURS LATENTES

Pression à l'erreur par défaut d'organisation, de communication ou de conception sûre des matériaux et interfaces

### ERREURS PATENTES

Erreurs & violations des acteurs médicaux

### DEFENSES EN PROFONDEUR

dont certaines sont érodées par routine, manque de moyens, etc...

Exemples

Pression à la production  
Plateau technique incomplet

Mauvaise organisation des interfaces

Fatigue...  
Personnel manquant  
Distractions

Auto détection et récupération

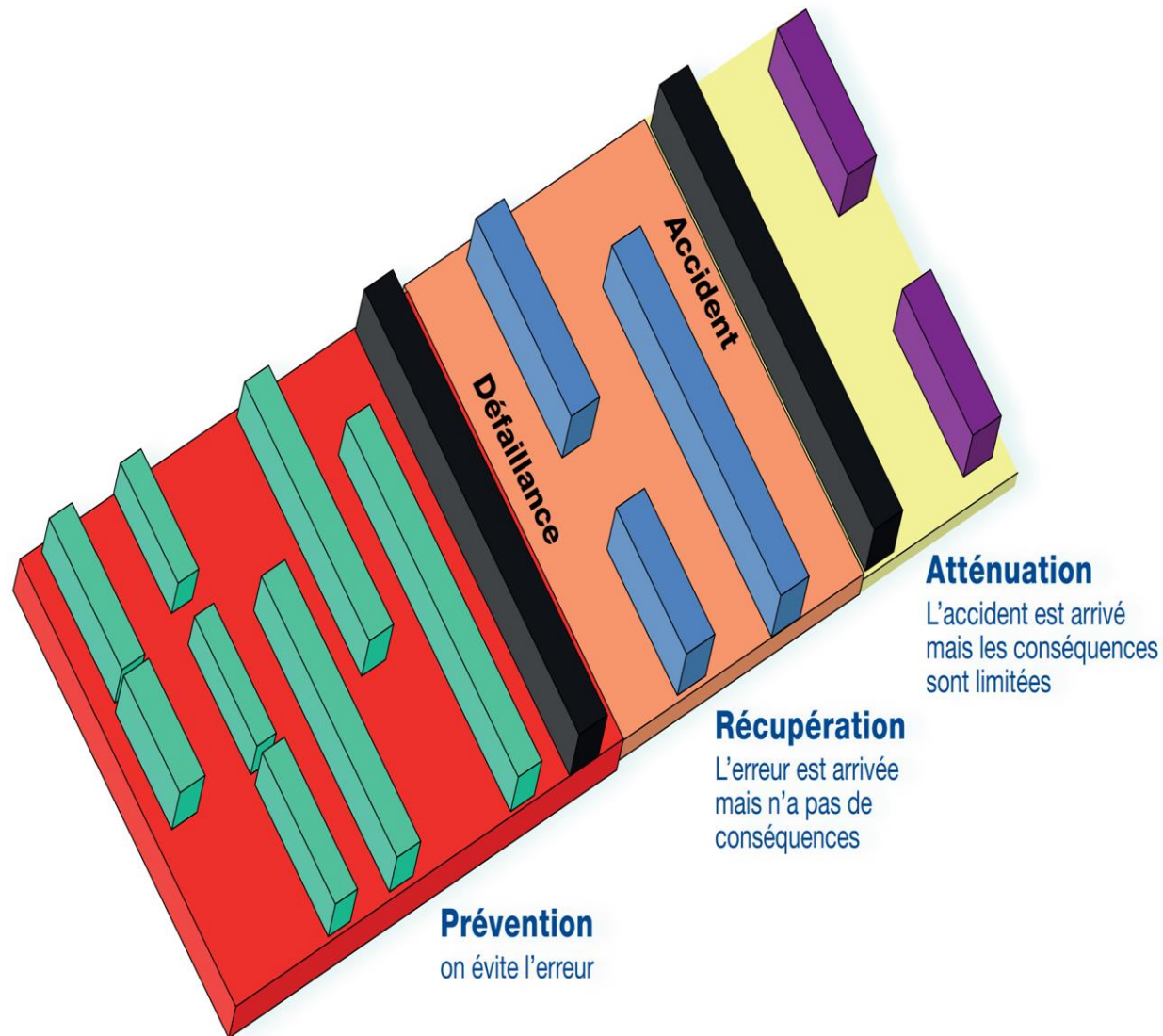
Arrêt de progression par une barrière efficace

EVENEMENT  
INDESIRABLE

# La sécurité ne consiste pas à supprimer les erreurs, mais à les gérer de façon adaptée

- Un système sûr possède une combinaison de trois types de barrières
  - **les barrières de prévention** : elles empêchent la survenue de l'erreur et de l'accident (ex : la check-list chirurgicale, barrière destinée à empêcher l'oubli d'une antibioprophylaxie péri-interventionnelle),
  - **les barrières de récupération** : l'erreur est commise mais récupérée avant d'avoir des conséquences (ex : une antibioprophylaxie est prescrite au bloc opératoire mais l'infirmière prend connaissance de l'existence d'une allergie à la pénicilline dans le dossier médical et alerte le prescripteur qui modifie la prescription en conséquence),
  - **les barrières d'atténuation des effets** : l'accident est avéré, mais les conséquences sont limitées (ex : un patient n'ayant pas bénéficié d'une antibioprophylaxie est en choc septique, mais des hémocultures ont été réalisées très tôt, le germe a été identifié rapidement, un lit en réanimation est immédiatement disponible, le traitement est engagé rapidement).

# La sécurité ne consiste pas à supprimer les erreurs, mais à les gérer de façon adaptée



Aucune barrière n'est capable à elle seule de contenir tout le risque. Il faut associer plusieurs barrières pour obtenir la sécurité voulue +++.

À cet égard, les pratiques médicales et organisationnelles en établissement de santé surestiment souvent l'efficacité des barrières de prévention, tandis qu'elles peuvent fortement sous-estimer l'importance des deux autres types de barrières (ces dernières, non pensées et mises en œuvre collectivement, étant souvent laissées au professionnalisme et à l'initiative de chacun)



# Conclusion

- La sécurité des patients dans le cadre de soins de qualité est nécessaire pour renforcer les systèmes de santé et progresser vers la couverture sanitaire universelle (CSU) réelle et, partant, vers l'objectif 3 de développement durable (ODD): permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge
- La cible 3.8 des ODD porte sur la mise en œuvre de la CSU « comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ». Pour y parvenir, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) s'appuie sur le principe de couverture effective: la CSU doit être perçue comme une approche pour parvenir à un meilleur niveau de santé et pour garantir que les patients aient accès à des services de qualité en toute sécurité
- Il faut également reconnaître le rôle de la sécurité des patients pour réduire les coûts liés aux préjudices causés aux patients ainsi que pour améliorer l'efficacité des systèmes de santé. Des services de santé sûrs permettront de rassurer les patients et de restaurer la confiance des communautés dans leurs systèmes de santé

# Bibliographie

- ❑ Les qualités de l'offre de soins confessionnelles en Afrique Subsaharienne ; Marc-Eric Gruenais, 2004 autrepart
- ❑ OMS, BM ; OCDE ; La qualité des services de santé, un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle ; 2019
- ❑ OMS, Guide d'élaboration d'une politique et stratégie nationales relatives à la qualité, 2018
- ❑ OMS, action mondiale pour la sécurité des patients, A72/26, 2019

# Bibliographie

- 1. Jha AK. Presentation at the “Patient Safety – A Grand Challenge for Healthcare Professionals and Policymakers Alike” a Roundtable at the Grand Challenges Meeting of the Bill & Melinda Gates Foundation, 18 October 2018 (<https://globalhealth.harvard.edu/qualitypowerpoint>, consulté le 23 juillet 2019).
- 2. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>, consulté le 26 juillet 2019).
- 3. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(3):216–23. <http://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519629>
- 4. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington (DC): The National Academies Press; 2018 (<https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide>, consulté le 26 juillet 2019).
- 5. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, W Bates D. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* Published Online First: 18 September 2013. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001748> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24048616>
- 6. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind. Paris: OECD; 2018 (<http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>, consulté le 23 juillet 2019).
- 7. Systems Approach. In: Patient Safety Network [website]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2019 (<https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/21>, consulté le 23 juillet 2019).

# Bibliographie

- 8. Leape L. Testimony before the President's Advisory Commission on Consumer Production and Quality in the Health Care Industry, November 19, 1997.
- 9. Workplace Health and Safety Queensland. Understanding safety culture. Brisbane: The State of Queensland; 2013 ([https://www.worksafe.qld.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/82705/understanding-safety-culture.pdf](https://www.worksafe.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0004/82705/understanding-safety-culture.pdf), consulté le 26 juillet 2019).
- 10. Aitken M, Gorokhovich L. Advancing the Responsible Use of Medicines: Applying Levers for Change. Parsippany (NJ): IMS Institute for Healthcare Informatics; 2012 (<https://ssrn.com/abstract=2222541>, consulté le 26 juillet 2019).
- 11. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf?sequence=1), consulté le 26 juillet 2019).
- 12. WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Geneva: World Health Organization; 2009 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1), consulté le 26 juillet 2019).
- 13. Singh H, Meyer AN, Thomas EJ. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(9):727–31. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002627> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24742777>
- 14. Processus clinique de la transfusion et sécurité des patients : aide-mémoire à l'intention des autorités nationales de santé et des directions des hôpitaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 ([http://www.who.int/bloodsafety/clinical\\_use/who\\_eht\\_10\\_05\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/who_eht_10_05_fr.pdf?ua=1), consulté le 26 juillet 2019).
- 15. Janssen MP, Rautmann G. The collection, testing and use of blood and blood components in Europe. Strasbourg: European Directorate for the Quality of Medicines and HealthCare (EDQM) of the Council of Europe; 2014 (<https://www.edqm.eu/sites/default/files/report-blood-and-blood-components-2014.pdf>, consulté le 26 juillet 2019).