

Think Tank

Sécurité des patients Suisse

N° 01



La sécurité des patients dans les soins des malades psychiques

État des lieux et
plan d'action – où
en est la Suisse?

Dr Anna Mascherek
Prof. Dr David Schwappach
(Éd.)

SOMMAIRE

1	Préambule	04
2	Introduction	06
2.1	Sécurité des patients	06
2.2	Pourquoi la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques?	08
2.3	Pourquoi ce plan d'action?	09
2.4	A qui s'adresse ce plan d'action?	09
3	De quoi est-il question? Neuf domaines thématiques dans cinq secteurs	10
3.1	Thèmes	10
3.2	Le collectif des patients	17
4	Nécessité d'agir	19
4.1	Comment pouvons-nous pondérer les thèmes?	21
4.2	Quelles dimensions définissons-nous?	23
4.3	Fixer des priorités	24
4.3.1	Fréquence des erreurs	24
4.3.2	Potentiel de dommages des erreurs	25
4.3.3	Évitabilité des erreurs	26
4.3.4	Possibilités de mise en œuvre des mesures	28
4.3.5	Résumé de l'évaluation	29
5	Bibliographie	34

PRÉAMBULE

La sécurité des patients est importante. Malgré les progrès réalisés dans l'ensemble, il demeure des domaines dans lesquels les initiatives en vue de l'amélioration de la sécurité des patients n'en sont qu'à leurs balbutiements. C'est par exemple le cas pour les patients dans les soins des malades psychiques. La sécurité de ces personnes est encore trop peu prise en compte, comparativement à celle des patients présentant des affections somatiques. Le présent plan d'action doit contribuer à combler cette lacune. Il relève les thèmes importants en matière de soins des malades psychiques. Quels sont les principaux défis? Les risques particuliers? Les activités nécessaires et urgentes?

Notre vision est que dans cinq ans, la «sécurité des patients» sera de manière évidente discutée et abordée en priorité aussi dans les soins des malades psychiques. Une vision qui aboutira après cinq ans d'engagement commun et de nombreuses activités de la part des professionnels, du cercle des patients ainsi que des décideurs à une amélioration constante de la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques. Notre plan d'action constitue un premier pas vers cet objectif et il doit en encourager d'autres dans le futur.

Nous vous invitons à vous confronter au thème de la sécurité des soins aux patients atteints dans leur santé psychique. Professionnels, profanes, décideurs ou personnes affectées : nous pouvons tous contribuer à améliorer la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques. La lecture de ce plan d'action permettra, nous l'espérons, de rassembler les énergies afin de relever les défis actuels durant ces prochaines années.

De nombreux experts et expertes ont fourni un effort personnel remarquable pour soutenir ce projet. Un chaleureux merci à tous et à toutes! Nous ont accordé leur soutien:

PD Dr phil. Jürgen Barth

Responsable de la recherche, psychothérapeute, CAS Research Management, Institut für komplementäre und integrative Medizin, Hôpital universitaire Zurich

Dr med. Thilo Beck

Médecin-chef en Psychiatrie, psychiatre et psychothérapeute FMH, centres Arud pour la médecine d'addiction

Andreas Daurù

Responsable de la fondation dans le domaine psychosocial Pro Mente Sana

Dr phil. Anne Eschen

Psychologue, Integrierte Psychiatrie Winterthur, Zürcher Unterland, unité psychothérapeutique pour les personnes âgées

Christina Holzer-Pruss

Collaboratrice scientifique DPTS, Direction des soins, des thérapies et de travail social, Recherche et développement, Clinique universitaire psychiatrique de Zurich

Dr med. Matthias Jäger

Adjoint du chef de clinique, Responsable de centre, Clinique psychiatrique, psychothérapeutique et psychosomatique, Centre de traitement des troubles psychiques aigus, Clinique universitaire psychiatrique de Zurich

Majbritt Jensen, MScN

Responsable du développement potentiel des soins, clinique privée Meiringen AG, Meiringen, déléguée de la Société scientifique Soins en psychiatrie

Dr med. Maria-Pia Mahler

Médecin de famille, délégué de Argomed Ärzte AG

Dr. med. Thomas Maier

Médecin-chef en psychiatrie aigue, addiction et psychothérapie, Services cantonaux psychiatriques de Saint-Gall – secteur Nord, Wil SG

Rolf Müller

Membre de Peer+ expérimenté en psychiatrie

Dr med. Hadmut Prün

Médecin-chef, Département de psychiatrie infantile, juvénile et de psychothérapie, Clinique universitaire psychiatrique de Zurich

PD Dr med Ursula Schreier

Psychiatre et psychothérapeute FMH, spécialiste en neurologie et psychiatrie (D), Praxis für Psychiatrie Rehalp, Zurich

Dr med. Barbara Stiffler Scherrer

Cheffe de clinique, Unité infantile Brüschalde, Département de psychiatrie infantile, juvénile et de psychothérapie, Clinique universitaire psychiatrique de Zurich

Professeur Armin von Gunten

Chef de service, Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé, Département de psychiatrie, centre hospitalier universitaire vaudois, Prilly

Prof. Dr phil. Birgit Watzke

Chaire de psychologie clinique centrée sur la recherche psychothérapeutique, Institut de Psychologie de l'Université de Zurich

Nous remercions également la Fédération des médecins suisses (FMH) pour le soutien financier qu'elle a accordé à ce projet, ainsi que les sociétés de discipline médicale pour leur participation en matière de contenus.

Dans ce plan d'action, nous employons des termes se focalisant sur les patients et non pas sur l'organisation de soins ou les professionnels. De cette manière, nous voulons éviter que le choix des termes ne favorise automatiquement une approche systématiquement sélective par le langage, et de risquer ainsi que le patient soit perdu de vue dans les structures de soins moins centralisées. Notre requête est d'autant plus importante que l'accès au traitement, rendu plus difficile par la stigmatisation, constitue un problème réel pour la sécurité des patients.

2.1 SÉCURITÉ DES PATIENTS

Qu'entendons-nous en utilisant l'expression de «sécurité des patients»? Que signifie la sécurité de patients par rapport au principe de qualité en médecine? Existe-t-il, dans le cadre d'un traitement médical, des événements indésirables que l'on ne peut éviter? Nous voulons clarifier ces questions avant de nous attacher aux aspects concrets de la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques.

La sécurité des patients est considérée comme un domaine partiel distinct de la recherche de qualité dans le domaine de la santé. L'Institute of Medicine considère la qualité dans le domaine de la santé comme la «mesure par laquelle un système de soins de santé accroît la probabilité que des individus ou des groupes de population atteignent les objectifs de santé fixés, et cela en fonction de l'état actuel des connaissances professionnelles» (1). La qualité se compose de différents domaines, dont la «sécurité des patients» fait partie.

Au même titre qu'en médecine somatique, la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques se définit comme «l'évitement, la prévention et l'amélioration d'événements ou de préjudices indésirables résultant du processus de soins» (2). Il s'agit d'une définition aujourd'hui largement répandue dans laquelle on distingue les principales notions ci-après.

Événement indésirable: on entend par là le préjudice à un patient qui relève du traitement et non de la maladie de fond, telle une forte réaction cutanée après l'administration de pénicilline. Certains événements indésirables ne peuvent toutefois pas être évités et on parle dans ce cas d'effets secondaires. Les effets secondaires sont omniprésents dans les soins médicaux. Dans le cadre des soins des malades psychiques, on peut constater des effets secondaires importants, fréquents lors de l'absorption de psychotropes. D'autres effets secondaires possibles, moins connus, se produisent lors de traitements non médicamenteux, par exemple durant une psychothérapie.

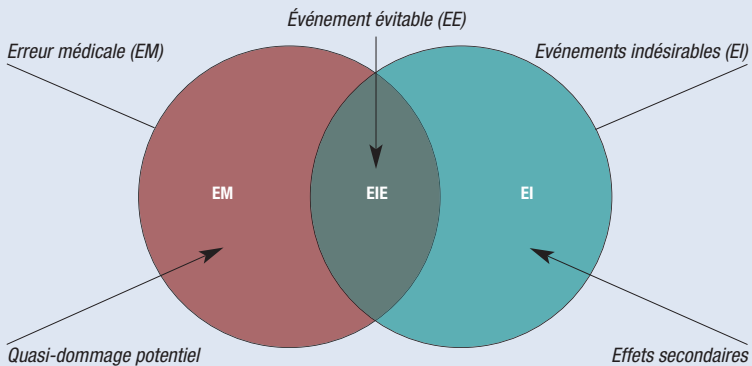
Erreur: la définition d'une erreur médicale («medical error») provient de la somatique. On entend par là un geste ou une omission résultant du non-respect d'un plan (erreur

d'exécution), d'un plan erroné ou de l'absence de plan (erreur de plan). Une erreur peut mais ne doit pas forcément entraîner un préjudice. Elle est toujours à l'origine d'un événement indésirable évitable. Les erreurs dues à un manque d'attention (par exemple une interversion), un oubli (par exemple celui d'une étape prévue) comptent parmi les erreurs d'exécution fréquentes. Les erreurs de planification caractéristiques sont des erreurs portant sur l'application de règles et des erreurs basées sur la connaissance, par exemple une décision en faveur d'une technique chirurgicale inadéquate. Les erreurs actives à «l'issue acérée», soit directement lors des soins aux patients, sont à distinguer des conditions latentes à «l'issue atténuée» d'une organisation. Les conditions latentes résultent de décisions relatives aux structures ou processus, et peuvent concerner l'achat de matériel, les ressources en personnel ou les conditions prévalant dans les locaux (3). Par exemple lorsque durant la visite, la mise en garde se rapportant à une allergie existante du patient a été négligée au moment de la prescription de pénicilline, nous sommes en présence d'une erreur.

Événement indésirable évitable: on entend par là un préjudice au patient toujours imputable à une erreur. Cela peut se révéler sous forme de forte réaction cutanée après l'administration de pénicilline, alors que l'allergie du patient à cette substance figurait dans son dossier.

Semi-erreur: ayant pu être évitée à temps, une telle erreur n'a entraîné aucun préjudice.

Cette interaction est présentée dans l'illustration 1.



Il découle de cette définition que des risques pour la sécurité des patients sont présents tout au long du processus des soins. De tels risques sont en partie réels pour tous les groupes de patients, alors que d'autres risques sont spécifiques aux malades psychiques et aux soins prodigués ou à l'absence de soins. Ce plan d'action se focalise sur les patients dans les soins des malades psychiques. Les erreurs et les thèmes évoqués ici concernent donc toujours, mais non exclusivement, des patients atteints dans leur santé psychique.

2.2 POURQUOI LA SÉCURITÉ DES PATIENTS DANS LES SOINS DES MALADES PSYCHIQUES?

Ces dernières années, la sécurité des patients en tant que telle a retenu toujours plus l'attention. La discussion systématique à propos de la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques reste aujourd'hui encore trop peu développée, dans le monde comme en Suisse. Mais compte tenu de la prévalence et de la charge de morbidité, l'importance de la sécurité est croissante. Un rapport consacré à la santé mentale en Suisse par l'Observatoire suisse de la santé évoque le fait que chaque année, près de 40% de la population de l'UE élargie (Suisse comprise) souffre de problèmes psychiques. Malgré des possibilités de traitement relativement bonnes, ce rapport démontre aussi qu'environ deux tiers de ces troubles psychiques ne sont pas traités (4;5). Il faut en outre tenir compte de la charge économique entraînée par les conséquences des maladies psychiques. Le nombre de nouvelles rentes AI est certes en recul dans l'ensemble depuis 2003, mais leur part relative aux maladies psychiques a quant à elle augmenté. En 2013, près de la moitié des 230 000 rentes en Suisse étaient imputables à des maladies psychiques (6). Les différences existant avec la médecine somatique, de même que l'accroissement actuel de traitements nécessaires, imposent un examen approfondi et systématique de ce thème. Cela en particulier si l'on considère que les risques pour la sécurité des patients relevant spécifiquement des soins des malades psychiques comprennent des thématiques lourdes. En font partie notamment le suicide, les erreurs de diagnostic ainsi que les mesures limitatives de liberté (7). La question des risques structurels et institutionnels pour la sécurité des patients se pose également. Il peut s'agir des conséquences de la stigmatisation sur des offres concrètes de traitement, soit une importante question aux niveaux stratégique et politique (7). Une étude suisse récente (8) a collecté et présenté les principaux risques et thèmes de la gestion clinique des risques en Suisse dans le domaine de la santé mentale. Selon cette étude, les secteurs de risque discutés sur le plan international sont aussi applicables à la Suisse. Les erreurs de traitement, les comportements à risque pour soi ou autrui, ainsi que les risques spécifiques aux personnes atteintes dans leur santé psychique sont désignés comme thèmes à traiter d'urgence. Quelques aspects de la sécurité des patients sont abordés et discutés de manière répétée, comme dans le contexte du débat relatif aux mesures limitatives de liberté ou aux directives anticipées. Dans le Manifeste Suisse relatif à la Public Mental Health, le thème de la sécurité des patients est thématiqué indirectement par la désignation des conséquences dramatiques de retards de traitement (dont le suicide et les mesures limitatives de liberté) (9). Une contribution au débat esquissant les priorités de la recherche en santé mentale pour les années à venir esquisse certains aspects de la sécurité des patients, telle la nécessité de réduire la stigmatisation (10). Cette thématisation indirecte est symptomatique de ce champ: bien souvent, certains aspects sont retirés du contexte pour être placés en point de mire, en omettant le cadre thématique général. S'y ajoute que ces efforts font souvent partie des projets généraux d'amélioration de la qualité, dans lesquels aucun accent spécifique n'est placé sur la sécurité des patients et la prévention des erreurs. Une confrontation explicite avec la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques est donc urgente et nécessaire. Même les experts et les expertes de la pratique exigent de plus en plus que ce thème soit abordé de manière systématique. Il est donc véritablement à l'ordre du jour de se confronter au thème de la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques.

2.3 POURQUOI CE PLAN D'ACTION?

Les explications présentes démontrent clairement que les acteurs du domaine de la santé doivent s'activer. Mais de quelle manière, et par où commencer? Ce plan d'action constitue une judicieuse possibilité de mettre sur pied des étapes de base importantes. Il s'agit d'un document élaboré avec le soutien de professionnels. Pour la pratique, il est donc pertinent et il sera utile de le diffuser tant comme base au développement de stratégies d'actions que pour des activités concrètes. En ce moment, il nous semble important de présenter en premier lieu un document susceptible d'aider à sonder le terrain ainsi qu'à planifier des activités concrètes. Nous aimerions à la fois attirer l'attention générale, délimiter ce thème, mais également mettre l'accent sur des points cruciaux. L'horizon temporel prévu de cinq ans est désigné à titre d'orientation afin de faire comprendre clairement l'urgence du besoin d'agir. Ce plan d'action doit être un instrument pour attirer l'attention sur la thématique et son urgence, et pour sensibiliser les personnes (spécialisées). Il offre aussi une vue d'ensemble des champs d'action urgents en souffrance, ainsi qu'une première idée de direction potentielle pour le projet. On peut aussi l'utiliser comme base argumentaire afin de planifier et réaliser concrètement des projets.

2.4 À QUI S'ADRESSE CE PLAN D'ACTION?

Ce plan d'action s'adresse tout d'abord aux professionnels de différents niveaux, dans des secteurs variés. Il aborde les personnes qui ont la possibilité, dans leur champ d'action, d'instaurer des changements et d'en assurer l'avancée. Avec ce plan d'action en main, de tels acteurs disposeront d'une base d'arguments et d'éléments de discussions les aidant à situer leurs propres idées. En outre, le plan d'action peut aussi être directement appliqué par les professionnels dans leurs activités quotidiennes. De nombreux éléments en faveur de la sécurité des patients peuvent aussi être réalisés dans la vie de tous les jours par une prise de conscience renforcée et par le souci des «détails». C'est pourquoi il s'adresse aussi aux personnes susceptibles, par leur attention, de faire changer les choses pour les patients pris dans leur individualité. Et enfin, ce plan d'action est aussi conçu pour le public. Plus grand est le nombre de personnes non directement concernées s'intéressant à la question de la sécurité des patients d'une manière générale et des malades psychiques en particulier, mieux il sera possible de traiter cette thématique avec efficacité. On peut ainsi créer un climat sociopolitique facilitant l'engagement en faveur de l'amélioration de la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques.

Le plan d'action est un document pertinent pour la pratique, qui tient lieu de base pour le développement de stratégies d'actions et d'activités concrètes.

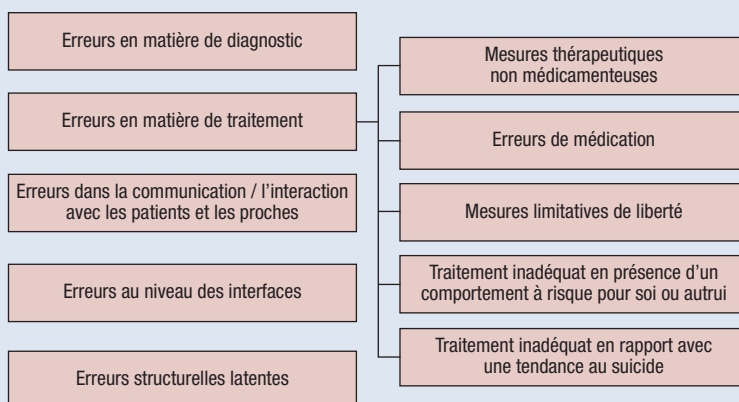
3.0

DE QUOI EST-IL QUESTION? NEUF DOMAINES THÉMATIQUES DANS CINQ SECTEURS

Dans ce chapitre, nous abordons la question de la manière dont les erreurs définies se manifestent dans la thématique des maladies psychiatriques.

3.1 THÈMES

Des erreurs peuvent se produire tout au long du processus de traitement. À commencer par l'accès au traitement «correct», en passant par le diagnostic posé ainsi que le traitement en lui-même, et jusqu'à un suivi médical adéquat des patients. Une erreur entraîne parfois la suivante, soit certains types d'erreurs tels qu'une faute en matière de communication pouvant se répercuter dans les interfaces ou parmi les différents domaines du traitement. Il devient alors difficile de considérer les erreurs respectives ou leurs causes de manière isolée. Dans le vécu du patient, la probabilité que de nombreux points se soient »mal déroulés« augmente en présence d'une erreur. Cette perception est renforcée par le fait qu'une erreur résulte rarement d'actes isolés, mais bien plus d'une faute du système. En clair, c'est le résultat de différents facteurs ou d'irrégularités cumulés qui ensuite – sans filet de sécurité – se répercutent sous forme d'erreur auprès du patient. Même s'il n'est pas facile de classer les erreurs en catégories distinctes, ni sur la base de leur origine ni sur celle de leur survenue, nous avons pour le présent document défini avec des experts neuf domaines thématiques qui en réduisent la complexité. Cette séparation en neuf domaines thématique doit se comprendre comme une vue d'ensemble et non comme la composition de catégories isolées qui s'excluent les unes des autres. Les domaines thématiques sont des termes génériques sous lesquels sont réunis les aspects plus spécifiques. Ils sont décrits plus en détail et illustrés par des exemples ci-après.



ERREURS EN MATIÈRE DE DIAGNOSTIC

Voici un récapitulatif des erreurs relatives aux processus du diagnostic. Il s'agit, par exemple, de la pose d'un diagnostic erroné, de l'absence de clarification de questions par un diagnostic différentiel ou de la non-clarification de troubles somatiques/psychiques. S'y ajoutent les erreurs dues à la (non) utilisation d'outils de diagnostic standardisés et établis, et celles qui se produisent pendant le processus du diagnostic. Les préjugés aux patients consécutifs au diagnostic se produisent en raison de diagnostics erronés ou tardifs, ainsi que de sous-et de surdiagnostics. Les erreurs de diagnostic peuvent se révéler à différents niveaux. Bien souvent, par exemple, le médecin de famille omet la prise en compte de clarifications relatives à des maladies mentales. D'autres erreurs se produisent au moment de la clarification de troubles somatiques dans le contexte d'une consultation psychiatrique. Une autre source d'erreurs existe aussi au niveau du diagnostic différentiel.

Exemple: une femme de 88 ans arrive à l'hôpital en ambulance en raison de douleurs dorsales extrêmes. Le CT scanner ne détecte aucune fracture vertébrale, donnant à penser que les pleurs de la patiente résultent d'un trouble de l'adaptation car elle est en passe d'entrer dans une maison de retraite. Elle peut donc quitter l'hôpital avec du Cipralax. Dans sa maison de retraite, malgré un dosage élevé d'opiacées, ses douleurs deviennent insupportables. Elle revient à l'hôpital avec une spondylodiscite comme diagnostic suspecté, ce qui est confirmé par l'IRM. La patiente décède à la suite de cela quelques semaines plus tard.

Exemple: une jeune femme reçoit de son médecin de famille la prescription d'un médicament contre un état d'épuisement continu et une inappétence. Cette thérapie se prolonge sans remédier aux symptômes de la patiente. Le diagnostic de dépression est posé lors d'un autre examen et la patiente commence une psychothérapie. Après un traitement psychothérapeutique adéquat, ses symptômes dépressifs diminuent.

ERREURS EN MATIÈRE DE TRAITEMENT

Le traitement représente assurément le plus vaste domaine où des erreurs surviennent. Cela d'autant plus qu'il constitue la partie principale de l'intervention. Dans ce contexte, les erreurs peuvent aussi se produire à différents niveaux. Nous les avons consignées en cinq thèmes qui peuvent tous être réunis sous le terme générique d'«erreurs en matière de traitement». Les cinq sous-chapitres sont décrits ci-après séparément. Au quotidien, il est souvent difficile de dissocier clairement ces catégories et parfois, certains thèmes se recoupent. Ils sont toutefois clairement séparés ici afin d'en faciliter la compréhension.

Mesures thérapeutiques non médicamenteuses

Il s'agit d'erreurs en relation directe avec le traitement en tant que tel. Par exemple l'application d'une méthode thérapeutique ou le placement dans un dispositif inadéquat. Cela regroupe concrètement une intervention ou une méthode erronée, ainsi que l'exclusion d'une mesure indiquée. Les erreurs difficiles à délimiter sont celles qui se produisent au cours du processus thérapeutique et entraînent une interruption de la thérapie, la perte de confiance ou qui perturbent la relation thérapeutique. Dans ce domaine, le comportement abusif dans le cadre d'une thérapie est considéré comme une erreur grave.

3.0

Exemple: une fillette de huit ans est en traitement psychothérapeutique. La spécialiste qui la traite néglige d'intégrer directement au traitement sa mère en tant que personne de référence la plus proche. L'enfant est ainsi privé du soutien de celle-ci.

Erreurs de médication

Figurent dans la catégorie des erreurs de médication, des différences par rapport au processus de médication qui serait optimal pour le patient, et entraînant ou pouvant entraîner des préjudices évitables au patient. De telles erreurs peuvent se produire à chaque étape du processus de médication et être causées par toutes les parties impliquées dans celui-ci, en particulier en particulier les professionnels. Il s'agit d'erreurs également très fréquentes en somatique (11). Elles englobent, par exemple, des dosages inadéquats, des interactions qui n'ont pas été prises en compte ou l'absence de contrôle. Au cours des soins psychiatriques, s'y ajoute la complexité supplémentaire due au fait que les psycholeptiques pris par les patients plus âgés sont souvent liés à des événements médicamenteux indésirables et que nombre d'entre eux peuvent être considérés comme potentiellement inadéquats pour les aînés (12;13). Un autre domaine d'erreurs qui se produit nouvellement en marge des «erreurs courantes» réside dans les interactions médicamenteuses somatiques et les psychotropes. Il ne faut pas confondre erreur de médication et effets secondaires. Des effets secondaires, certes désagréables pour les patients, mais inévitables si l'on tient compte des avantages, peuvent survenir même lors d'une utilisation correcte de médicaments. Les effets secondaires désagréables sont fréquents lors de la prise de psychotropes.

Exemple: un patient sous traitement antidémence développe une bradycardie et une anorexie. Il en résulte une prescription hospitalière stationnaire, bien qu'il aurait suffi d'arrêter la médication.

Exemple: lors de l'administration de Haldol, un mauvais flacon est utilisé et le patient reçoit 10 mg/ml au lieu de 5.

Mesures limitatives de liberté

On entend par là les actes et/ou mesures qui sont en relation directe ou indirecte avec l'application d'une mesure limitative de liberté. De telles mesures comprennent des dispositions juridiques ainsi que des dispositions restreignant la liberté de mouvement, telles que l'isolement ou l'immobilisation, ainsi que le traitement sans accord donné (par exemple une médication forcée). Des erreurs peuvent survenir au moment de l'estimation de l'adéquation d'une mesure limitative de liberté, lors de son exécution et/ou de son traitement. L'emploi de mesures limitatives de liberté est un thème spécifique aux soins des malades psychiques et l'atteinte à la liberté personnelle de l'individu est particulièrement profonde. Dans certains cas exceptionnels, et après un examen approfondi, des mesures limitatives de liberté peuvent constituer des interventions justifiées au cours d'un traitement. Elles doivent toutefois être étudiées soigneusement, surveillées et documentées. Les patients ressentent le plus souvent les erreurs comme importantes lorsqu'elles sont liées à des mesures limitatives de liberté. Compte tenu de l'importante responsabilité que constitue l'application de mesures limitatives de liberté, il est nécessaire d'accorder une attention particulière aux erreurs pouvant se produire dans ce domaine. Ce point est par exemple illustré dans les directives « Mesures de contrainte en médecine » de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (14).

Exemple: une patiente est immobilisée pour la nuit. Ayant reçu une forte dose de Valium, elle ne peut se souvenir de ses entraves. Le matin suivant, des empreintes aux poignets témoignent de cette immobilisation nocturne. On n'a pas pris la peine d'expliquer cette immobilisation à la patiente et d'en discuter avec elle de manière approfondie.

Exemple: dans une unité fermée, un patient est traité pour des troubles bipolaires. Il se trouve dans un état émotionnel de révolte. Après une sortie à l'extérieur, on néglige d'avoir un entretien explicatif avec le patient et au lieu de cela, il est menacé de sanctions, ce qui le rend furieux. Ensuite, le patient est mis à l'isolement. Ce déroulement se répète plusieurs fois pendant son séjour.

Traitement inadéquat en présence d'un comportement à risque pour soi ou autrui

On entend par là des actes et/ou des mesures relatives à la gestion de traitements erronés en présence d'un comportement à risque pour soi ou autrui. Par exemple le comportement agressif de patients qui peut se détourner contre d'autres patients, leurs proches, le personnel ou des objets. La présence d'un comportement à risque pour soi ou autrui, qui survient malgré un traitement adéquat, est exclue de ce contexte. Dans les soins stationnaires, le comportement à risque pour soi ou autrui est un thème important souvent abordé. Le personnel doit être spécialement formé afin de savoir comment le gérer. En cas d'erreur dans une telle situation, il peut souvent s'agir de la conséquence d'autres fautes latentes qui ne se révèlent qu'en présence d'un comportement à risque pour soi ou autrui. Le manque d'espace, par exemple, ou d'autres fautes et problèmes liés à l'hébergement de patients, peuvent entraîner une erreur dans la manière de gérer les comportements à risque pour soi ou autrui.

Exemple: pendant la nuit, un patient psychotique attaque sérieusement l'un de ses voisins de lit apparemment sans raison. Il avait déjà montré des impulsions agressives contre autrui pendant la journée.

Exemple: certains objets susceptibles d'être utilisés par une patiente pour se blesser lui sont retirés à titre préventif. Malgré cela, elle s'inflige de graves coupures au tronc et à la gorge avec les morceaux de plastique d'un téléphone portable qu'elle a jeté par terre.

Traitement inadéquat en rapport avec une tendance au suicide

Il s'agit là d'actes de spécialistes ou de processus en inadéquation dans le cadre d'un traitement, dont les conséquences conduisent à une tentative de suicide ou à un suicide évitables. En font partie l'absence d'examen de la tendance au suicide d'un patient ou des mesures de précaution insuffisantes en vue d'éviter un suicide. Les tentatives et les suicides qui se produisent en dépit d'un traitement adéquat sont exclues dans les réflexions présentes. Un suicide est un événement gravissime en lui-même, d'autant plus qu'il touche des malades en cours de traitement. Compte tenu du choc extrême provoqué par les suicides et les tentatives pour les patients, les proches, les autres patients et les professionnels, il convient d'accorder une priorité absolue à la prévention des erreurs. Cela est d'ores et déjà reconnu en ce sens que la discussion sur la sécurité des patients traite déjà la gestion de la tendance au suicide. Dans le système de santé anglais, le suicide est classifié dans le cadre du traitement comme «never event» ou événement qui ne devrait jamais se produire (15). De tels cas sont définis comme événements clairement identifiables, mesurables et très graves (entraînant par exemple la mort ou un important handicap) et qui pourraient en principe être évités (16).

3.0

Le National Quality Forum des États-Unis considère le suicide, la tentative de suicide et les blessures infligées à soi-même avec important préjudice comme un événement grave pour la sécurité des patients, devant être signalé (17).

Exemple: une patiente dépressive s'étrangle avec le câble d'une lampe de chevet. Elle était seule dans sa chambre et n'a pas fait l'objet d'une surveillance particulière pendant la nuit.

ERREURS DANS LA COMMUNICATION / L'INTERACTION AVEC LES PATIENTS ET LES PROCHES

Ces erreurs surviennent tout au long du traitement et se rapportent à la communication et aux interactions avec les patients et leurs proches (mais pas entre les employés). Les erreurs dans ce domaine ne se limitent pas à certaines situations, mais en tant que domaine transversal, elles englobent à tous les niveaux la totalité des erreurs de communication / d'interaction. En font partie par exemple, une clarification insuffisante ou le manque d'implication de patients lors du choix d'un traitement ou d'alternatives potentielles, ou encore des erreurs de communication en relation avec des mesures limitatives de liberté. Intégrer activement les patients au plan de traitement constitue une ressource importante pour une meilleure observance, la définition correcte des objectifs thérapeutiques ainsi que la transmission d'informations importantes. D'éventuelles directives anticipées de malades psychiques doivent être prises en compte et intégrées à leur traitement. Des erreurs peuvent aussi se produire en raison d'un problème de langue étrangère si la communication n'est pas assurée de façon adéquate par des interprètes. La communication constitue toujours une partie importante et indispensable. Les erreurs qui s'y produisent peuvent donc, tel un réseau, toucher l'ensemble du déroulement du traitement. Mais toutes les erreurs de communication n'entraînent pas forcément des conséquences graves. De nombreuses erreurs seront peut-être perçues comme de «simples» inattentions, alors que d'autres ne seront même pas remarquées. Il existe aussi des erreurs entraînant de graves conséquences, comme de fausses informations sur les personnes à contacter en cas de crise. Étant donné que la communication est omniprésente au cours du processus de traitement, les erreurs en communication méritent la plus grande attention.

Exemple: une patiente présentant pour la première fois un symptôme psychotique entend le médecin traitant dire dans le couloir à son partenaire: «Vous pouvez vous préparer à quelque chose de long et cela sera loin d'être facile.»

Exemple: après un traitement stationnaire, un patient se trouve en suivi ambulatoire. Son psychothérapeute traitant omet de discuter en temps voulu de la fin imminente de la thérapie et de l'y préparer. Informé à court terme de l'achèvement de son traitement, le patient est dépassé et dépourvu de possibilités de faire face. Il est en situation de décompensation.

ERREURS AU NIVEAU DES INTERFACES

Il s'agit d'erreurs et/ou de mesures erronées qui se produisent au moment de la transmission ou dans les interfaces de tous types entre les professionnels ou les institutions, à tous les stades du traitement. Dans ce domaine, les erreurs ne se limitent pas à certaines situations, mais en tant que domaine transversal, elles rassemblent à tous les niveaux chacune des erreurs dans les interfaces. Cela peut se passer lors de la transmission interne d'une documentation imprécise, ou de l'insuffisance de transmission d'informations. De même, la communication (manquante) des groupes professionnels entre eux implique des erreurs aux interfaces. En font aussi partie les erreurs se produisant aux interfaces entre les institutions, comme lors de la transmission vers un traitement ambulatoire, ou entre différents fournisseurs de prestations ambulatoires. Les erreurs aux interfaces sont également bien connues et importantes dans la somatique. Dans le cadre d'un traitement, les patients passent généralement par différentes institutions, rencontrent plusieurs spécialistes et se retrouvent même souvent en des lieux variés durant leur traitement et leur suivi. À chaque changement de traitement, de situation ou de spécialiste, une interface est ouverte et avec elle, des possibilités d'erreurs. Dans ce cas, il s'agit le plus souvent d'une transmission insuffisante/défaillante d'informations d'importance cruciale pour la suite du traitement. Cette définition permet de comprendre clairement qu'une multitude de grandes et petites interfaces résultent d'un traitement, depuis la recherche d'un spécialiste jusqu'à la fin du suivi des soins. Étant donné que la probabilité d'une erreur est proportionnelle au nombre d'interfaces, il est important de prendre ce thème en considération pour l'amélioration de la sécurité des patients.

Exemple: une patiente est traitée dans une unité oncologique. Pendant son séjour stationnaire, le traitement est élargi à des symptômes dépressifs. Toutefois, cette dépression n'est ni documentée ni mentionnée dans le dossier médical ou le rapport de sortie. Ensuite, à la clinique de réadaptation, sa dépression n'est plus traitée. La patiente fait une décompensation.

Exemple: un patient se trouve en traitement stationnaire. À la suite d'une amélioration de son état, il peut sortir et poursuivre son traitement en ambulatoire. On néglige d'organiser ce traitement ambulatoire alors que le patient est encore pris en charge de manière stationnaire. Livré à lui-même, le patient n'est pas en mesure de le faire et ne reçoit pas les soins ambulatoires nécessaires.

ERREURS STRUCTURELLES LATENTES

Cette partie comporte essentiellement les erreurs et les facteurs générant des erreurs au niveau du système. Comme exemple d'erreur, mentionnons le fait de placer des enfants ou des jeunes dans une unité pour adultes en raison d'un manque de place, ou encore d'héberger des patients présentant différentes affections dans une même unité. Des effets contreproductifs peuvent résulter de la réunion de personnes dans une chambre pour des raisons de place et non des raisons thérapeutiques. En cas de suroccupation, par exemple, la probabilité de comportement agressif est forte (18). Hors du contexte d'un traitement stationnaire, des erreurs peuvent, par exemple, se produire en raison de l'absence de place pour des thérapies consécutives. Un faible effectif de personnel et les erreurs qui en résultent au quotidien risquent aussi d'entraîner des fautes latentes qui sont résumées dans le domaine thématique des «erreurs structurelles».

3.0

Le manque de personnel peut astreindre les patients à des attentes prolongées, à une offre incomplète de traitements de proximité, mais aussi à l'engagement de personnel insuffisamment qualifié. Un autre facteur est constitué par la stigmatisation de la société à l'encontre des maladies psychiques et des personnes qui en souffrent, ce qui favorise la poursuite et la multiplication des erreurs structurelles. Les erreurs structurelles présentent une dimension particulière: dans le quotidien clinique, il est généralement difficile voire impossible aux professionnels de les éviter. Par exemple, placer des enfants ou des jeunes dans une unité pour adultes à des fins de traitement stationnaire est trop souvent incontournable en raison du manque de place, même si cela ne correspond pas à un traitement adéquat. Malgré le fait qu'ils en sont généralement conscients, les professionnels sont souvent contraints au quotidien à une telle erreur en raison des limites de leur sphère d'influence et d'un espace trop restreint pour des raisons structurelles. À l'«issue acérée», dans le quotidien clinique, de telles erreurs ne peuvent souvent pas être évitées même si l'on en a connaissance. Il en résulte une autre particularité des erreurs structurelles. En effet, celles-ci sont commises par des personnes qui identifient les risques en tant que tels, mais sont incapables de les éviter concrètement. Elles ne peuvent que tenter de limiter les dommages pour les patients. Ces erreurs ne peuvent s'éviter qu'à un niveau latent, soit avant qu'elles ne touchent les patients. En aménageant un espace adéquat, en disposant de suffisamment de personnel et avec une prévention ainsi qu'un suivi des soins efficaces, de telles erreurs ne se produisent pas. Ce domaine thématique comporte donc essentiellement des aspects qui englobent des composants politiques et sociétaux et qui surpassent l'«environnement étroit» du quotidien clinique. Pour les erreurs regroupées dans le domaine structurel, il existe généralement des propositions de solutions claires. Leur mise en œuvre (par exemple dans le but de créer suffisamment de places de thérapie) se révèle souvent difficile en raison des charges financières, du travail de lobbying ainsi que de décisions politiques à moyen et à long terme. Traiter de telles erreurs doit visiblement devenir un devoir de société qui dépasse la seule responsabilité des professionnels.

Exemple: en raison du manque d'espace, une patiente de 15 ans est transférée dans l'unité de psychiatrie pour adultes lors d'une intervention de crise.

Exemple: un patient alcoolique est en traitement stationnaire en raison de son addiction. À la suite d'un séjour de trois mois, il est encore traité pendant quatre mois avec succès dans un hôpital de jour afin qu'il se stabilise. Lorsqu'à la fin, un traitement de suivi est demandé, le patient doit attendre plusieurs mois. Pendant cette période, il rechute et recommence à boire.

3.2 LE COLLECTIF DES PATIENTS

Au cours de sa vie, chaque personne peut être touchée par une maladie psychique, au même titre qu'une maladie somatique. Certains facteurs de risque qui accroissent ou réduisent la probabilité d'une affection peuvent être présents, tant chez une personne que dans son environnement et de par son histoire de vie. Nul n'est à l'abri. Les maladies psychiques peuvent survenir à chaque phase de la vie, dans toutes les couches sociales, tous les types de formations et de professions, de constellations familiales, de groupes sociaux et d'ethnies. Dans ce sens, les personnes atteintes ne représentent pas un groupe particulier mais sont comme «vous et moi». Même s'il existe des facteurs de risque génétiques qui prédisposent à une maladie psychique, les facteurs de risque environnementaux sont particulièrement décisifs. Des problèmes à la suite d'un traumatisme ou des difficultés familiales ayant déjà existé pendant l'enfance, des problèmes sociaux tels que le manque de liens ou de revenu ainsi que l'absence de connexion à une vie régulière pour cause de chômage sont des facteurs favorisant une maladie psychique. Lorsque plusieurs s'additionnent, le risque augmente. Et même en l'absence de pathologie, les facteurs précités représentent souvent une forte charge pour l'individu.

Au moment où des personnes sont atteintes par une maladie psychique, elles se présentent en tant que groupe de patients qui, en raison de la nature même de leur affection, sont par définition particulièrement fragiles. En elle-même, une maladie psychique peut handicaper les patients dans leur intégralité. Les questions d'autonomie ou de mise en danger de soi ou d'autrui sont indissociables de la personne et de sa maladie. Certains thèmes peuvent s'avérer particulièrement délicats, lorsqu'il est question, par exemple, d'effectuer ou non un traitement, d'introduire des mesures limitatives de liberté ou de poser un diagnostic. Il arrive que de tels éléments ne puissent pas être discutés avec le patient lui-même, compte tenu des limites de capacité de discernement que son affection entraîne, précisément pour ce genre de questions. Une zone sensible en matière de sécurité des patients est ouverte par définition lorsque des mesures, touchant une personne prise dans son ensemble, son intégrité, son comportement, son ressenti et son vécu, sont intégrées au traitement. S'y ajoute qu'en raison de la gravité de son état, la personne risque de ne plus être capable d'assumer sa propre responsabilité. Sa communication avec l'équipe soignante deviendra plus difficile, voire impossible, ce qui augmente considérablement les risques d'erreurs ou d'évaluations erronées et donc de dommages pour elle. Cette particularité constitue donc un important défi en matière de sécurité des patients dans les soins des malades psychiques. Un autre point qui différencie les personnes psychologiquement malades de celles relevant de la médecine somatique est leur interaction directe avec leur environnement/contexte. Il en résulte une vulnérabilité spécifique et très individuelle. Tous les symptômes pathologiques ne doivent pas être considérés dans l'absolu, mais dépendent en partie de l'environnement social et général de la personne concernée; cette variabilité doit être reconnue et prise en compte dans le traitement. La pose d'un diagnostic, par exemple, représente un défi particulier. Malgré l'existence évidente de définitions claires, applicables aux diagnostics et aux traitements des malades en psychiatrie, la marge de manœuvre au sein de laquelle des erreurs peuvent se produire est plus grande. Le champ de la manifestation individuelle des symptômes et des troubles des maladies psychiques est en partie plus vaste et plus difficile à identifier que pour les patients somatiques. Toutefois, et c'est bien là que réside un autre défi consécutif aux particularités de ce collectif des patients, il ne faut pas perdre de vue la procédure standardisée et le respect

3.0

des lignes directrices lorsqu'on prend en compte la variabilité et la vulnérabilité de tels patients. C'est parce que ces patients et leurs symptômes sont parfois très individualisés que le diagnostic doit être posé avec un soin particulier et que les critères des lignes directrices seront pris en compte de manière précise. Une telle description vise à sensibiliser et à renforcer la prise de conscience que ce groupe de patients est différent des autres et qu'il implique des défis spécifiques du point de vue de la définition et de l'amélioration de leur sécurité. Nous tenons à préciser ici que les erreurs peuvent être définies et évitées aussi clairement que pour le traitement de patients somatiques. Dans ce contexte, un groupe de risques particulier existe et il faut tenir compte de ses défis spécifiques. La minimisation ou l'évitabilité d'erreurs et d'événements indésirables et évitables ne seront donc pas modifiées dans leur structure, mais doivent être abordées de manière systématique. Malgré, ou précisément en raison de la particularité de ce collectif de patients, il faut mettre systématiquement en œuvre les efforts visant à améliorer la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques. Dans le même temps, ces mesures doivent rester flexibles afin de tenir compte de ces particularités.

Au cours de sa vie, toute personne peut être concernée par une maladie psychique – certains facteurs, tant inhérents à la personne comme individu qu'à son environnement et son histoire personnelle sont susceptibles de favoriser une telle affection.

4.0

NÉCESSITÉ D'AGIR

En 2015, la fondation Sécurité des patients Suisse a lancé et réalisé le projet «Sécurité des patients dans les soins des malades psychiques» en grande partie financé par la FMH. Le présent plan d'action en résulte. Ce projet se compose de trois modules. À chaque étape, il s'est agi d'obtenir le plus d'informations possible des experts et des expertes des différents domaines de la sécurité des patients atteints de maladie psychique. Une description détaillée de ces modules est présentée ci-après.

- 1: Définition
- 2: Saisie
systématique
- 3: Conception

Module 1: définition et délimitation de la «Sécurité des patients dans les soins des malades psychiques»

Dans le cadre de deux tables rondes, des spécialistes disposant d'un large spectre d'expérience dans les différents domaines des soins, et provenant de plusieurs parties de Suisse, ont élaboré une définition de la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques. Leur objectif consistait à appréhender ce thème dans toute son envergure et de créer un contexte commun pour l'aborder. Vingt experts et expertes étaient présents afin d'obtenir une image la plus complète possible. Ces personnes étaient issues de la recherche et de la pratique. Il s'agissait de médecins, de représentants de patients, de personnel soignant et de psychologues, travaillant tant dans des domaines ambulatoires que stationnaires. En sélectionnant un large éventail d'experts et d'expertes, nous avons pu nous assurer que les domaines et groupes (professionnels) les plus variés, chargés des soins de malades en psychiatrie, étaient impliqués dans le projet. Si l'on veut illustrer de manière réaliste et complète les aspects les plus diversifiés des soins, l'état des lieux doit être le plus large possible. Les points centraux des discussions ont été:

- Que signifie la sécurité des patients en particulier dans le domaine des soins aux malades en psychiatrie?
- Où une action est-elle la plus nécessaire et pourquoi?
- Existe-t-il des concentrations de risques transsectorielles?

Module 2: saisie systématique de projets / d'activités existants en Suisse

Dans un deuxième temps, nous avons recensé les projets existants, destinés à l'amélioration de la sécurité des patients. Les experts et les expertes de la table ronde ont reçu un questionnaire à transmettre à quelques spécialistes. Des personnes ainsi sélectionnées ont été interrogées quant aux projets en cours et aux actions urgentes. Nous avons voulu consigner de manière systématique et complète, pour toute la Suisse, les projets consacrés au thème de la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques.

Module 3: conception et rédaction d'un plan d'action

Les informations obtenues par les deux premiers modules ont constitué la base de l'élaboration du présent plan d'action. Par un sondage Delphi (méthode visant à obtenir un consensus entre experts), les domaines thématiques définis dans les modules 1 et 2 ont été évalués en fonction de leur importance, compte tenu de différentes dimensions, par ces experts.

4.1 COMMENT POUVONS-NOUS PONDÉRER LES THÈMES?

Il n'est pas possible de répondre clairement aux questions de l'importance ou de l'urgence des thèmes respectifs. En fonction de la situation dans laquelle on se trouve, certains thèmes et problèmes se révèlent plus urgents que d'autres. Leur actualité varie en fonction de la situation. Les divers acteurs (médecins, personnel soignant, scientifiques, patients) peuvent également exprimer des opinions différentes sur l'importance de ces thèmes. La pondération peut varier, par exemple en raison de la présence plus marquée de problèmes et risques dans certaines situations, alors qu'ils sont absents dans d'autres cas. En outre, il est possible que l'évaluation des thèmes se fasse implicitement ou explicitement sur la base de critères différents. Selon la situation dans laquelle la personne chargée de l'évaluation se trouve, elle accordera plus de poids qu'une autre à certaines dimensions d'un thème. Mais la concordance existe bien sûr aussi. Les diverses spécialités et les acteurs peuvent s'accorder sur la très grande importance à accorder à un sujet donné. Dans ce plan d'action, les estimations présentées se situent dans ce champ de contraintes. Jusqu'ici, peu d'activités et d'efforts conjoints visaient à améliorer la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques, et les tentatives dans ce but représentaient de petites activités isolées. Un premier effort du présent projet consistait donc à trouver parmi les experts un accord sur la définition des priorités afin de définir en commun le point de départ des activités. Aucune des évaluations n'est absolue. Pour le lecteur, il se peut que certains aspects de l'évaluation soient plus importants que d'autres. En accord avec les experts et les expertes, nous avons pondéré les thèmes sur la base de la plus grande concordance possible. Nous avons opté pour un sondage Delphi afin de parvenir à un consensus. De plus, cette évaluation a porté sur quatre dimensions de chaque thème afin de tenir compte des différentes perspectives possibles dans l'effort de priorisation.

Que signifie la sécurité des patients spécifiquement pour la prise en charge des maladies psychiques, et où est-il le plus urgent d'intervenir?

Sondage Delphi

Est désigné comme sondage Delphi un processus qualitatif visant à rassembler les opinions d'experts pour un thème donné. Même en présence de diverses définitions, il est possible de résumer l'idée de base qui les sous-tend. Plusieurs tours de collecte de données, suivis de la communication de réactions anonymes, sont caractéristiques du sondage Delphi. Ces réactions permettent aussi de préciser les opinions des experts et des expertes à propos d'un problème concret sur l'ensemble des tours (Häder, p. 22). Différents types de sondages Delphi peuvent être choisis en fonction de la question posée. Dans le contexte de notre projet, nous avons opté pour un «Delphi consensuel», le sondage devant permettre d'obtenir un consensus le plus large possible auprès des experts en ce qui concerne la priorisation des thématiques. Cette forme de sondage Delphi se fait en présentant un thème déjà fortement opérationnalisé à une sélection ciblée de spécialistes, exclusivement à des fins d'évaluation standardisée. Il doit permettre d'obtenir une concordance d'opinions élevée parmi les participants. Les réactions anonymes aux réponses des participants sont données par l'équipe de pilotage. Pour notre projet, nous avons soumis par un formulaire en ligne à notre équipe d'experts les neuf domaines thématiques à des fins d'évaluation sur la base des quatre dimensions et d'une estimation globale. Deux tours ont été réalisés au total. 11 personnes ont participé au premier tour et 14 au second. Lorsque 7 participants ou plus remettaient une estimation identique lors du premier tour, nous l'avons évaluée comme «concordance élevée». En présence d'estimations se répartissant également entre deux catégories voisines ou lorsque 6 participants sur 11 partageaient la même estimation, nous l'avons considérée comme «concordance moyenne». Tout autre résultat a été jugé comme «faible concordance». Au cours du deuxième tour, nous avons présenté une nouvelle fois l'image qui résultait du premier tour pour l'évaluation des experts et des expertes. Il leur a été demandé de qualifier le résultat présenté selon les catégories:

- j'approuve entièrement ce classement,
- je l'approuve malgré certaines différences de détail,
- je ne peux pas l'approuver.

Les estimations des spécialistes et leurs remarques en cas de désaccord ont été prises en compte lors du deuxième tour. Sur la base des commentaires, l'équipe de projet a corrigé certains points de la liste de classement. Les illustrations et les appréciations des thèmes sur la base des quatre dimensions, ainsi que la priorisation globale des domaines de ce plan d'action, représentant le consensus obtenu parmi les experts.

4.2 QUELLES DIMENSIONS DÉFINISSONS-NOUS?

Nous avons défini les quatre dimensions sur la base desquelles les thèmes de ce plan d'action avait été estimé.

Dimension 1: fréquence avec laquelle une erreur se produit

Cette dimension doit illustrer à quelle fréquence les patients sont victimes d'une erreur issue de l'un des domaines thématiques.

Dimension 2: potentiel de dommages d'une erreur

Il s'agit d'illustrer dans quelle mesure des erreurs dans ce domaine ont le potentiel d'entraîner de graves conséquences pour les personnes concernées. On peut envisager que dans certains domaines, les conséquences des erreurs pour les patients sont plus importantes que dans d'autres.

Dimension 3: évitabilité d'une erreur

Cette dimension illustre dans quelle mesure les possibilités d'adopter un comportement professionnel adéquat («bonnes pratiques») sont connues pour éviter les erreurs (par exemple utilisation de lignes directrices, d'outils).

Dimension 4: faisabilité des mesures de mise en œuvre

Cette dimension permet de savoir si une prise de conscience existe déjà parmi les personnes déterminantes et dans quelle mesure des dispositions visant à la réduction des erreurs pourraient être jugées intéressantes. Quelques domaines thématiques sont déjà relativement présents dans les discussions et il existe une sensibilité pour la nécessité de prendre des mesures. On peut donc considérer comme relativement importantes les opportunités de mise en œuvre des mesures dans ce domaine. En revanche, il en existe d'autres pour lesquels la mise en œuvre concrète de mesures nécessite au préalable des efforts, comme la prise de conscience, mais aussi la mise à disposition de ressources ou l'examen de compatibilité avec d'autres mesures ou exigences.

Les dimensions sont indépendantes les unes des autres et égales en importance. Par exemple, des erreurs peuvent être estimées très fréquentes dans un domaine thématique, mais leur potentiel de dommages jugé faible. La manière dont ces différences sont intégrées dans le classement qui résume l'importance dépend toutefois aussi de la perspective des personnes chargées de l'évaluation, ainsi que de leurs objectifs. Dans ce plan d'action, nous avons tenté d'obtenir le plus large consensus possible et d'élaborer une estimation globale des domaines thématiques en ciblant la plus grande concordance des experts et des expertes. Partant de l'estimation générale de ce plan d'action, on peut aussi utiliser ces dimensions pour pondérer et estimer son propre champ d'action. Ainsi, dans un premier temps, vous pouvez vous interroger, dans le cadre de votre propre travail, sur les thèmes les plus importants pour vous et en définir les raisons.

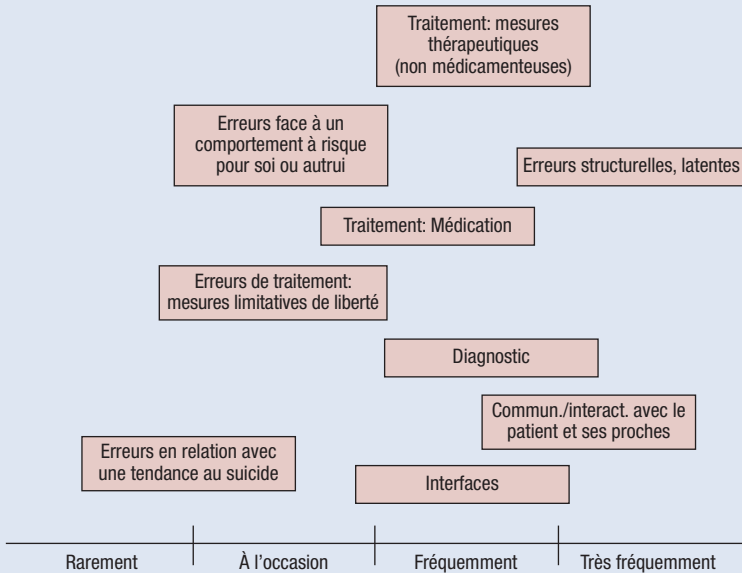
4.0

4.3 FIXER DES PRIORITÉS

Comment est-il possible, dans un domaine qui se révèle aussi complexe et multiple, de parvenir à une désignation sensée des priorités au-delà d'une estimation individuelle, et offrant donc une plus-value générale? Nous avons choisi de présenter de manière très transparente les résultats du sondage Delphi et de n'ouvrir la discussion que dans un deuxième temps. Le lecteur pourra mieux comprendre la discussion, et il aura accès à une multitude d'informations que nous jugeons nécessaires à la formation de l'opinion. Néanmoins, les résultats et les réflexions présentés ici sont le fruit d'un processus intense, d'une confrontation au thème et de la «concentration d'expertise» de professionnels. La présentation transparente des résultats vise à proposer le plus d'informations possible, sans remettre en cause le bien-fondé de l'estimation et l'adéquation de la fixation de priorités.

4.3.1 Fréquence des erreurs

Illustration 2. Estimation de la fréquence des erreurs dans les neuf domaines thématiques.

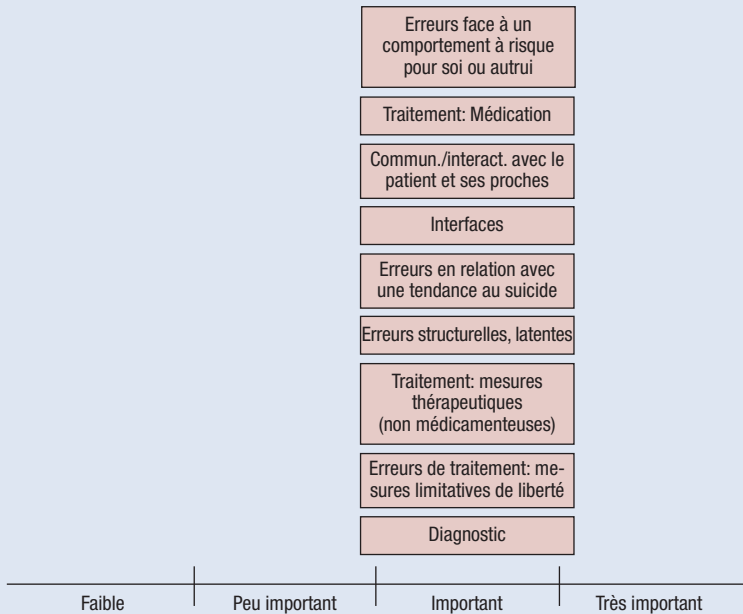


L'illustration présente l'évaluation finale des neuf domaines thématiques pour la dimension «Fréquence des erreurs». Cette évaluation se reflète dans les quatre catégories. Le classement vertical des domaines thématiques ne présente aucune signification du point de vue contenu.

Cette présentation atteste d'une variabilité relativement importante de l'estimation de la fréquence avec laquelle une erreur se produit. Selon le thème, la probabilité d'être concerné par une erreur dans ce domaine est plus ou moins forte. Mais l'évaluation de la probabilité n'est que relative, raison pour laquelle elle ne peut pas être utilisée à elle seule comme caractéristique de mise en priorité. L'évaluation se réfère aussi à une fréquence absolue. Dans un domaine pour lequel la probabilité d'une erreur considérée du point de vue absolu est faible (gestion de la tendance au suicide), mais aussi le nombre absolu d'événements est bas (suicide), une erreur peut déjà être considérée comme relativement très fréquente. S'y ajoute que cette estimation du potentiel doit être pondérée avec le potentiel de dommages. Certaines erreurs en relation avec la tendance au suicide peuvent être potentiellement plus graves que des erreurs dans d'autres domaines thématiques. La fréquence d'occurrence à elle seule ne suffit pas pour définir la priorité d'un thème. Il est envisageable que le potentiel de dommages sérieux des erreurs très fréquentes se réalise très rarement. Dans ce cas, il faut donc placer la fréquence en rapport avec le potentiel de dommages pour obtenir une pondération.

4.3.2 Potentiel de dommages des erreurs

Illustration 3. Estimation du potentiel de dommage des erreurs dans les neuf domaines thématiques



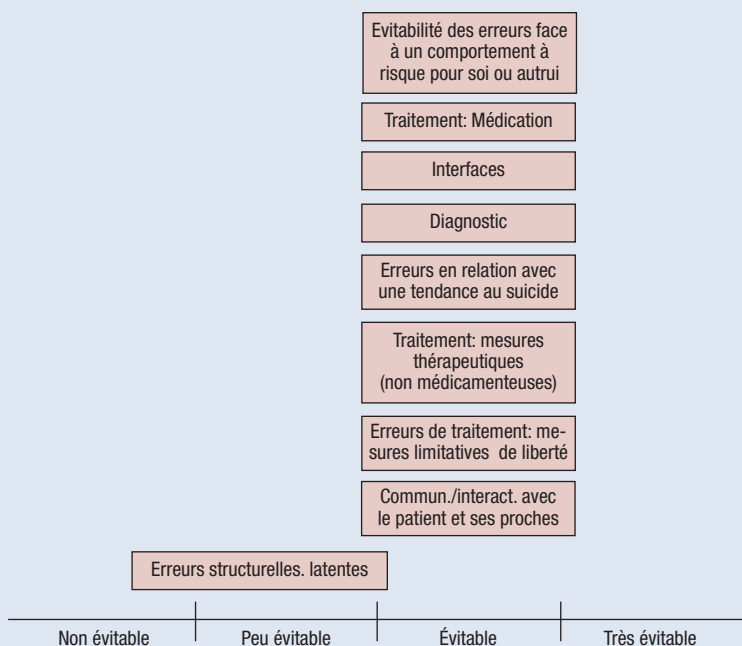
L'illustration présente l'évaluation finale des neuf domaines thématiques pour la dimension «Potentiel de dommages». Cette évaluation se reflète dans les quatre catégories. Le classement vertical des domaines thématiques ne présente aucune signification du point de vue contenu.

4.0

Nous voyons ici que des erreurs dont le potentiel de conséquences est grave pour les patients sont supposées dans tous les domaines thématiques. Le potentiel de dommages des erreurs est désigné comme «élevé» dans tous les domaines. Cette dimension n'est donc pas appropriée à une différenciation en fonction des domaines thématiques. D'ailleurs, cette estimation souligne clairement l'importance de mesures d'amélioration de la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques: les experts et les expertes sont unanimes quant au fait que les erreurs susceptibles de se produire dans ces domaines ont toutes le potentiel d'affecter gravement le malade. Une information qui démontre à quel point il est essentiel de tout mettre en œuvre pour minimiser ces erreurs.

4.3.3 Évitable des erreurs

Illustration 4. Estimation de l'évitabilité des erreurs dans les neuf domaines thématiques.



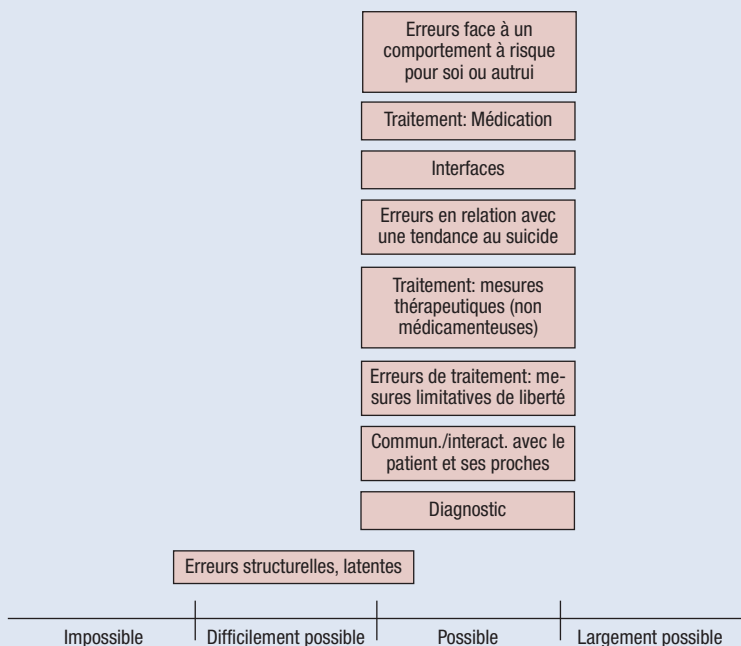
L'illustration présente l'évaluation finale des neuf domaines thématiques pour la dimension «Évitabilité des erreurs». Cette évaluation se reflète dans les quatre catégories. Le classement vertical des domaines thématiques ne présente aucune signification du point de vue contenu.

On voit ici aussi, en réunissant les opinions des experts et des expertes de tous les domaines et de tous les groupes (professionnels) qu'ils estiment que tous les domaines thématiques sont évitables (si on réunit les opinions de tous les domaines et de tous les groupes (professionnels)). Cela pourrait être considéré comme positif, vu que cela signifie que des possibilités théoriques pour éviter ces erreurs sont présentes et connues. Le domaine thématique des «erreurs structurelles» est le seul considéré comme moins évitable. Une explication est nécessaire à ce propos. Les estimations des experts et des expertes reflètent le point de vue des possibilités de chacun et chacune. Toutefois, les erreurs structurelles nécessitent une deuxième perspective pour appréhender correctement le sujet. Les erreurs structurelles décrivent en premier lieu des aspects tels que des possibilités trop restreintes ou erronées d'hébergement des patients (par exemple lorsqu'il y a trop peu de place pour un séjour stationnaire d'enfants ou de jeunes), ou encore un trop faible effectif de personnel et le manque de relève qui entrent dans la catégorie des erreurs structurelles. De telles erreurs qui se produisent de manière latente, c'est-à-dire au niveau du système et relativement loin des patients, ont pour conséquence que les professionnels se trouvant à «l'issue acérée» n'ont aucune possibilité d'éviter ces erreurs dans le quotidien clinique. Les conséquences d'erreurs structurelles sont donc souvent très difficiles, voire impossibles à éviter dans le travail clinique au quotidien. Un autre niveau plus abstrait s'ajoute à l'estimation de l'évitabilité des erreurs structurelles. Il s'agit de l'appréciation de mesures théoriquement en place. Vues sous cet angle, les erreurs structurelles semblent parfaitement évitables: les erreurs ne se produiraient pas s'il existait suffisamment de place pour l'hébergement stationnaire des enfants et des jeunes. De même, les conséquences d'un manque de personnel seraient absentes si un effectif suffisant était engagé. Les erreurs structurelles, et cela se révèle au plus tard à l'exemple de cette dimension, ne sont pas un «problème professionnel», mais plutôt un problème sociopolitique. Un autre thème qui concerne plus la société et moins les professionnels est la stigmatisation que nous situons aussi dans le domaine des erreurs structurelles. Cette stigmatisation des malades psychiques favorise les erreurs structurelles et rend plus difficile d'imposer des changements sociopolitiques. Créer l'infrastructure permettant d'éviter les erreurs structurelles devient ainsi d'autant plus ardu, même si, en théorie, des possibilités de solutions existent.

4.0

4.3.4 Possibilités de mise en œuvre des mesures

Illustration 5. Estimation des possibilités de mise en œuvre des mesures dans les neuf domaines thématiques.



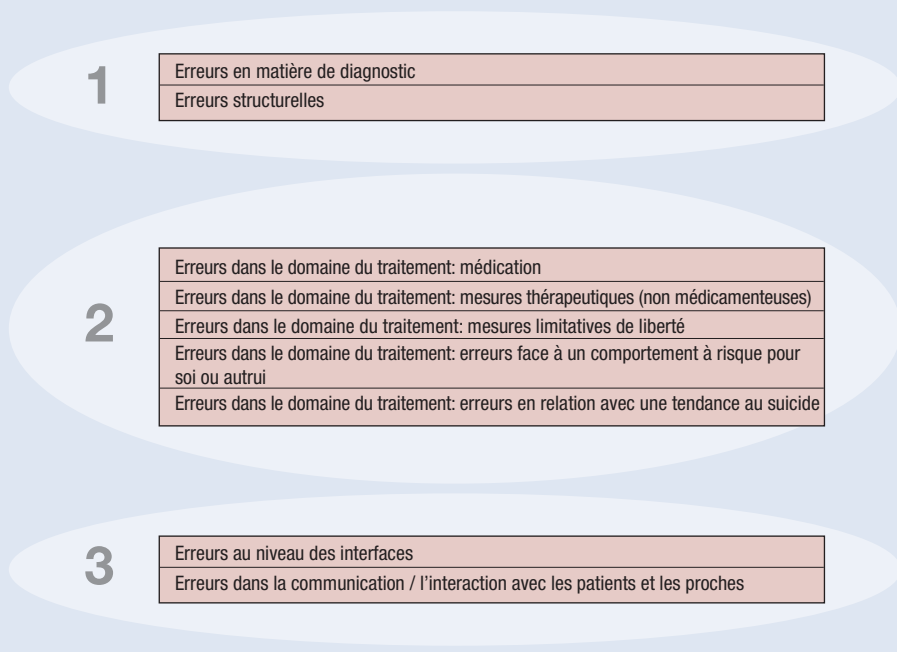
L'illustration présente l'évaluation finale des neuf domaines thématiques pour la dimension «Faisabilité de mise en œuvre des mesures». Cette évaluation se reflète dans les quatre catégories. Le classement vertical des domaines thématiques ne présente aucune signification du point de vue du contenu.

L'estimation des experts et des expertes quant à la mise en œuvre possible de mesures d'amélioration de la sécurité des patients atteste clairement que ces dernières sont considérées comme réalisables dans presque tous les domaines. En particulier les professionnels, les personnes touchées et celles qui travaillent dans un environnement proche des malades psychiques sont encouragées à entreprendre les mesures et les activités nécessaires. Au même titre que pour la dimension «Évitabilité», les experts et les expertes considèrent la suppression des erreurs structurelles comme le moins réalisable. Une telle estimation constitue une raison supplémentaire de s'engager pour ce thème du point de vue sociopolitique. Afin de permettre la mise en œuvre de mesures visant à éviter les erreurs structurelles, il faut créer un climat qui légitime l'urgence de mesures au niveau politique. Selon les experts et les expertes, la société n'est pas encore mûre pour de telles mesures et c'est pourquoi ils jugent les mesures à prendre dans les domaines des erreurs structurelles comme peu réalisables.

4.3.5 Résumé de l'évaluation

Comment réunir et pondérer alors les dimensions très différentes sur la base desquelles les thèmes sont évalués, de manière à obtenir une évaluation et une pondération globales des neuf domaines thématiques? Cela n'est possible que si l'on met en relation les dimensions et les thèmes respectifs sous forme de graphique global et qu'on les apprécie les uns en fonction des autres. Ainsi que mentionné précédemment, les points de vue individuels exercent toujours une influence sur le classement et la pondération. Cela est correct et important car les contextes relatifs à l'amélioration de la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques sont très diversifiés. Qui est concerné? S'agit-il d'enfants et de jeunes ou d'adultes? Suis-je dans un contexte stationnaire ou ambulatoire? De quelles affections de ce spectre est-ce que je m'occupe? À quel groupe professionnel ou de patients suis-je apparenté? De telles questions doivent avoir et auront une influence sur votre propre façon de mettre en priorité les domaines thématiques respectifs. L'estimation dont nous parlons ici est le consensus auquel les experts et les expertes sont parvenus grâce au sondage Delphi.

Illustration 6. Estimation de la pondération globale des neuf domaines thématiques



Cette illustration reflète l'estimation globale des priorités des neuf domaines thématiques. Les ellipses signifient que ces domaines thématiques sont considérés comme de même importance. La numérotation de 1 à 3 présente les différentes importances des trois groupes.

4.0

C'est pour le thème des erreurs structurelles et de diagnostic que la nécessité d'agir se révèle la plus urgente. Les erreurs structurelles sont donc considérées comme particulièrement importantes, en raison de la faible marge de manœuvre des individus respectifs pour prévenir les conséquences de telles erreurs à un niveau latent, et cela même s'ils les identifient. En résulte alors un système au sein duquel les personnes se trouvant à une «issue acérée» sont contraintes à des actes de traitement, d'hébergement ou de prestations erronés ou à les omettre, bien qu'elles en connaissent et en identifient le potentiel dommageable pour les patients. Il existe une distance entre les personnes et les institutions qui seraient en mesure d'agir pour éviter les erreurs, et les professionnels qui deviennent des «transmetteurs» d'erreurs. La prise de conscience que les erreurs se produisent et ont parfois de graves conséquences est présente, en particulier chez les personnes qui doivent encourir de tels risques en toute conscience, et moins chez celles qui pourraient éviter ces erreurs au niveau latent. Cette divergence renforce la nécessité d'agir et rend ce domaine thématique hautement prioritaire. S'y ajoute le fait que, souvent, des groupes de patients entiers sont touchés par des décisions structurelles erronées.

L'importance du domaine «Erreurs de diagnostic» s'explique par une autre situation initiale. Dans ce domaine, les erreurs sont particulièrement graves dans la mesure où elles sont fréquentes, qu'elles déterminent la suite de tout traitement, et qu'elles reposent avant tout sur l'interaction entre maladies somatiques et psychiques. Les diagnostics erronés consistent fréquemment en l'absence de diagnostic de maladies. Les patients souffrant de problèmes psychiques s'adressent le plus souvent d'abord à leur médecin de famille. C'est précisément auprès de ce dernier que les diagnostics négligés / non reconnus d'affections psychiques se produisent le plus souvent. Il existe donc un certain pourcentage de patients qui ne sont pas traités ou le sont de manière inadéquate en raison d'un mauvais diagnostic ou de la négligence d'une maladie psychique. La négligence ou la non-reconnaissance d'un diagnostic somatique pour les personnes présentant une affection psychique se produisent de la même manière. Un malade psychique présentant des troubles somatiques risque de ne pas être suffisamment pris au sérieux et d'être privé de l'examen de tels troubles. Il est possible qu'il ne reçoive alors aucun traitement somatique, même s'il est clairement indiqué. La nécessité d'attention et de sensibilité interdisciplinaires lors de la pose d'un diagnostic constitue un facteur de risque pour les patients. En particulier lorsque le professionnel ne reste pas très attentif à cette source possible d'erreurs, celles-ci deviennent très probables. La nécessité de réfléchir de manière interdisciplinaire et en marge de sa propre expertise constitue un défi particulier. Il existe naturellement aussi des erreurs de diagnostic au sein de chaque domaine spécifique. Dans ce cas, le risque d'erreurs est notamment dû à la difficulté de clarification diagnostique différenciée des nombreuses affections possibles. S'y ajoute le fait que le diagnostic de maladies psychiques se fonde beaucoup plus sur une estimation subjective que dans la somatique. Ce diagnostic est basé sur l'identification d'états. Même si rien ne laisse supposer ici que le diagnostic d'affections somatiques est toujours trop noir/blanc et celui des maladies psychiques diffus, la difficulté décrite augmente le risque d'erreurs au niveau du diagnostic différentiel. Un dernier aspect qui a pu contribuer à accorder une haute priorité aux efforts d'amélioration à prévoir dans le domaine du diagnostic pourrait être que le diagnostic est pour ainsi dire le sésame de toutes les étapes ultérieures de traitement (et par conséquent de toutes les erreurs potentielles suivantes). Lorsqu'à ce niveau déjà, une erreur se produit et qu'un diagnostic n'est pas posé ou l'est de manière

erronée, il est fort probable que cette erreur se répercutera sur tout le traitement. Une priorité supplémentaire doit donc être accordée à l'évitement d'erreurs de diagnostic, ne serait-ce que parce que les études ont démontré que les personnes présentant une comorbidité issue d'une combinaison d'affections psychiques et somatiques risquent déjà a priori d'être victimes d'erreurs (19). En outre, les erreurs de diagnostic présentent un autre « poids émotionnel ». Alors que les erreurs de médication, par exemple, peuvent être reconnues (et excusées) de manière indiscutable, des erreurs de diagnostic risquent de susciter un sentiment d'insécurité. De la même manière qu'un diagnostic clair peut représenter un soulagement dans de nombreux cas pour les patients qui savent de quoi il est question, un diagnostic erroné ou absent risque de déclencher à l'inverse un stress insécurisant.

Un deuxième bloc thématique se compose des erreurs possibles en relation directe avec le traitement. En font partie les activités de prévention d'erreurs découlant de la médication, des mesures thérapeutiques non médicamenteuses, des mesures limitatives de liberté, d'un comportement à risque pour soi ou autrui et d'une tendance au suicide. Lorsque des erreurs se produisent, tous les thèmes de ce domaine ont, selon les circonstances, de graves conséquences directes pour la personne concernée. Il est donc impératif de promouvoir les efforts visant à éviter de telles erreurs. Les plus grands recoupements entre le psychique et le somatique se situent dans le domaine « Médication ». En matière de sécurité des patients, les propositions de solutions ainsi que les activités et mesures permettant de réduire les erreurs de médication constituent un thème central, très discuté et faisant l'objet d'une intense recherche. Il est donc d'autant plus décevant de reconnaître que ce thème figure encore en tête de la liste des priorités. Une fois de plus, il apparaît clairement que la prescription de médicaments et tous les processus y relatifs susceptibles de conduire à des erreurs nécessitent d'énormes efforts de transformation, de manière à réduire ou éviter les fautes. Dans le domaine de la médication, l'évitement des erreurs reste donc un défi crucial, également pour la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques. Même si elle n'est pas transposable au domaine somatique, il en résulte la même explication pour les thèmes « Approche des mesures limitatives de liberté », « Comportement à risque pour soi ou autrui » et « Tendance au suicide ». Des efforts et des progrès considérables ont également été réalisés dans ces domaines afin de réduire ou éviter les erreurs. Parfois au niveau local, mais souvent aussi en conjuguant les efforts de manière centralisée, des associations, activités, formations continues et recherches s'attachent à la question de la manière d'éviter les erreurs dans ces domaines. En effet, de telles erreurs ont souvent des conséquences catastrophiques pour les personnes concernées. À l'extrême, une erreur dans le contexte du suicide peut se terminer par un suicide réalisé et donc irréversible, alors que pour les mesures limitatives de liberté, la personne risque de subir des dommages physiques ou psychiques. Étant donné que des mesures limitatives de liberté portent par définition atteinte à la liberté et à l'intégrité personnelles, les erreurs à ce propos sont particulièrement graves et leurs effets durables. Cela explique pourquoi ces thèmes sont toujours considérés comme de grande importance, malgré les nombreuses activités et tous les efforts entrepris.

4.0

Lorsqu'une erreur survient dans le domaine des mesures thérapeutiques non médicamenteuses, elle doit être considérée comme importante pour une autre raison. Aujourd'hui, il reste difficile de définir précisément les erreurs, plus particulièrement dans le domaine de la psychothérapie. Aux questions telles que «En quoi consistent les erreurs en psychothérapie?», «Comment peut-on mesurer les erreurs en psychothérapie?», «Une erreur doit-elle toujours être «visible»?», «Que sont, par exemple, les effets secondaires et les dommages dus aux thérapies?», il existe encore beaucoup moins de réponses systématiques dans le domaine des soins en psychiatrie que dans celui de la somatique. Même si la somatique a aussi besoin de poursuivre ses recherches, par exemple pour une surveillance systématique des effets secondaires des médicaments, cette nécessité se situe ici à un autre niveau. Des événements diffus, tels que le divorce d'un patient pendant une psychothérapie, doivent être évalués dans la perspective d'un succès ou d'un dommage. Les erreurs sont plus difficiles à désigner dans une telle situation que lorsque les circonstances sont plus claires, par exemple quand un rapport de dépendance avec les thérapeutes s'est établi. Il est évident que des erreurs se produisent même lors d'une psychothérapie. Toutefois, il reste très difficile de savoir dans quelle mesure ces erreurs entraînent des conséquences et à partir de quel moment on peut parler d'erreur ou de dommage. L'importance de se confronter à ce domaine thématique consiste alors en particulier à rassembler des informations. Si l'on veut éviter les erreurs, on doit savoir quelles erreurs se produisent et comment. Même si ces questions sont aujourd'hui thématiques dans le domaine des mesures non médicamenteuses, les réponses reposent sur des connaissances qui n'en sont qu'à leur début.

Un dernier groupe englobe les thèmes «Erreurs au niveau des interfaces» et «Erreurs dans le domaine de la communication et de l'interaction avec les patients et les proches». Ces deux thèmes génèrent aussi des demandes importantes en matière de sécurité des patients dans la médecine somatique, domaine où les erreurs sont relativement fréquentes. Au cours d'un traitement, il existe un grand nombre d'interfaces, à chaque fois que des informations importantes doivent passer d'une personne à une autre. La communication et l'interaction avec les patients et les proches est encore plus fréquente. Le patient est au centre de tous les efforts et dans le même temps, étant le seul à suivre le traitement d'un bout à l'autre, c'est lui qui est le mieux à même de renseigner de manière fiable à son propos. Lors des soins aux malades en psychiatrie, la communication avec les patients et les proches prend une importance centrale, le diagnostic et le traitement se déroulent en grande partie dans un espace social et de communication. Mais alors pourquoi ces domaines sont-ils considérés l'un et l'autre comme – relativement! – moins importants que les autres? Dans ces deux domaines, les erreurs se produisent fréquemment et régulièrement. Nombreux sont les patients insuffisamment informés, beaucoup d'informations sont perdues pour les professionnels au niveau des interfaces, des informations qui devront ensuite être récupérées. Une explication possible du fait que ce point ne figure pas en première place de la liste des priorités est que de nombreuses erreurs de ce type restent tout d'abord sans (graves) conséquences. Si l'on considère dans ce domaine les erreurs entraînant des conséquences graves, leur fréquence se réduit considérablement. En outre, le lien direct entre les erreurs et les dommages concrets est souvent beaucoup plus diffus que pour les erreurs dans d'autres domaines. Il est fréquemment difficile d'établir un lien direct. S'y ajoute que les possibilités de provoquer une erreur et d'y remédier sont généralement beaucoup plus variées dans ce cas de figure.

En résumé, il existe un besoin important d'aborder le thème de la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques et de prendre des mesures structurées afin de minimiser et d'éviter les erreurs. Les listes des priorités dépendent de la situation, de la perspective et de la position adoptée. Dans l'ensemble, les estimations des experts et des expertes démontrent toutefois que chacun de ces thèmes recèle un important potentiel de dommages et de conséquences graves pour le patient. Cette estimation, conjuguée à une autre appréciation également largement admise, comme quoi les erreurs sont évitables et que des mesures auraient pu être appliquées, atteste de la nécessité d'aborder la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques et de l'inscrire à l'agenda. Nous voulons effectuer un premier pas dans cette direction et esquisser la nécessité d'agir pour la recherche, la pratique, ainsi que la formation professionnelle initiale et continue, par des idées concrètes d'amélioration de la sécurité des patients dans les soins des malades psychiques en Suisse.

En matière de sécurité des patients dans les soins des malades psychiques, il existe un besoin important relatif à la nécessité d'aborder cette question et de prendre des mesures structurées afin de minimiser et d'éviter les erreurs.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Wachter R. Fokus Patientensicherheit. Fehler vermeiden, Risiken managen. Koppenberg J, Gausmann P, Henninger M, editors. 2010. Berlin, ABW Wissenschaftsverlag GmbH.
- (2) Vincent C. Das ABC der Patientensicherheit. Zürich: Stiftung für Patientensicherheit; 2012.
- (3) Schwappach D, Widmer MK. Patientensicherheit in der Shuntchirurgie. *Gefässchirurgie* 2015;20(8):548-53.
- (4) Schuler D, Burla L. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2012.
- (5) Weltgesundheitsorganisation. Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Dänemark: Weltgesundheitsorganisation; 2006.
- (6) Bundesamt für Sozialversicherungen. Statistiken zur sozialen Sicherheit. IV-Statistik 2013. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen; 2014.
- (7) Brickell TA, McLean C. Emerging issues and challenges for improving patient safety in mental health: A qualitative analysis of expert perspectives. *Journal of Patient Safety* 2011;7(1):39-44.
- (8) Briner M, Manser T. Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. *BMC Health Serv Res* 2013;13(1):44.
- (9) Public Health Schweiz. Schweizer Manifest für Public Mental Health. Merenschwand: Edubook; 2014.
- (10) Wykes T, Haro JM, Belli SR, Obradors-Tarrago C, Arango C, Ayuso-Mateos JL, et al. Mental health research priorities for Europe. *Lancet Psychiatry* 2015;2(11):1036-42.
- (11) Gehring K, Schwappach D, Battaglia M, Buff R, Huber F, Sauter P, et al. Frequency of and Harm Associated With Primary Care Safety Incidents. *Am J Manag Care* 2012;18(9):e323-e337.
- (12) Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. *Dtsch Arztebl International* 2010 Aug 9;107(31-32):543-51.
- (13) Dormann H, Sonst A, Müller F, Vogler R, Patapovas A, Pfistermeister B, et al. Adverse drug events in older patients admitted as an emergency - the role of potentially inappropriate medication in elderly people (PRISCUS). *Dtsch Arztebl Int* 2015;110(13):213-9.
- (14) Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Zwangsmassnahmen in der Medizin. Basel: Gremper; 2015.
- (15) NHS England. The never events list; 2013/14 update. 2013. [cited 2015 Jun 4]. Available from: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/nev-ev-list-1314-clar.pdf>
- (16) Austin JM, Pronovost PJ. «Never Events» and the Quest to Reduce Preventable Harm. *Jt Comm J Quality Safety* 2015 Jun 1;41(6):279-88.
- (17) The National Quality Forum. List of SREs. 2015. [cited 2015 Jun 4]. Available from: http://www.qualityforum.org/Topics/SREs/List_of_SREs.aspx#sre3
- (18) Teitelbaum A, Lahad A, Calton N, Gun-Usishkin M, Lubin G, Tsur A. Overcrowding in Psychiatric Wards is Associated With Increased Risk of Adverse Incidents. *Med Care* 2016 Mar;54(3):296-302.
- (19) Panagioti M, Stokes J, Esmail A, Coventry P, Cheraghi-Sohi S, Alam R, et al. Multimorbidity and Patient Safety Incidents in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 2015;10(8):e0135947. doi:10.1371/journal.pone.0135947.

Think Tank Sécurité des patients Suisse



Fondation pour la Sécurité des Patients
Bureau et Contact
Asylstrasse 77, CH-8032 Zurich
Tél. +41 (0)43 244 14 80
Fax +41 (0)43 244 14 81
www.securitedespatients.ch
info@securitedespatients.ch

Siège
c/o Académie suisse des
sciences médicales (ASSM)
Petersplatz 13, CH-4051 Bâle



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland