

**Présumés coupables.  
Des Statistiques au  
Dossier Médical :  
enquête sur les erreurs  
dans le domaine de la santé**

*Prof. Tatiana PIPAN*

**PRESUNTI  
COLPEVOLI**

Dalle statistiche alla cartella clinica:  
indagine sugli errori in sanità

a cura di  
**TATIANA PIPAN**



**TECNOLOGIES ET SANTÉ**

**CONGRÈS CALASS, 3,4,5, SEPTEMBRE 2015 FACOLTÀ DI  
ECONOMIA UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE**

# Les organisations sanitaires



- Les organisations de la modernité naissent pour améliorer nos vies et produisent en même temps des incidents pour un besoin **continu** d'améliorations. Elles sont donc obligées de gérer le risque à titre personnel
- La sociologie de l'organisation considère les hôpitaux comme **des lieux à risque** pour les patients et même pour les médecins, tandis **que ces derniers** ne les considèrent pas de cette façon (Weick e Sutcliffe, 2001)
- Ces sont des organisations riches en artefacts en papier **pouvant** eux-mêmes devenir des objets de risque (dossier médical, "scheda di soccorso", **check list...**) (Hilgartner, 1992)

# Le livre cite des objets de risque spécifiques :



- ❖ Le nombre d'événements indésirables
- ❖ Le dossier médical, la check list, "la scheda di soccorso"

## LES OBJECTS DE RISQUE :

- ce sont des sources de danger pouvant contenir un dommage
- ils exigent donc un travail de désambiguïsation de la chaîne de causations entre objet et dommage

## ILS PRODUISENT :

- des controverses dans le réseau de la santé sur les données concernant le nombre d'erreurs
- des plaintes et la médecine défensive

# (1) Qui **recueille** les données sur les événements indésirables ?



ANIA : 30.200 **sinistres**

TDM (Tribunal pour les Droits du Malade) : 26.450 **ségnalations**

d' << **erreurs présumées** >>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ : 1.442 **événements sentinelle** (2005-2012)

## **DIFFÉRENCES :**

dans la **catégorisation** de l'événement indésirable ; dans les logiques, dans les valeurs et les objectifs organisationnels

## **SIMILITUDES :**

Tous les acteurs **conçoivent** des artefacts (fiches, glossaires), des actions (gestion des risques), des technologies (infrastructures)

# L'événement indésirable est une histoire



Chaque acteur réfute les données des autres et affirme  
« mes données sont vraies »

Comment les données sont-elles construites et quelles  
compétences ont-ils ceux qui les recueillent et assemblent ?

*Les données sont construites, et non pas  
recueillies sur le terrain*

L'événement indésirable est avant tout une histoire  
contenant des points de vue différents avec une morale et  
une éthique exigeant une **INTERPRÉTATION**

# Pour **réduire** « la guerre des **chiffres** »



- Rendre les données transparentes en explicitant le procédé de **leur** construction
- car l'histoire même d'un événement peut être comprise **en tant que :**

*Cheminement naturel de la pathologie, complication ou erreur médicale*

## QUELLES CONNEXIONS ???

- Problèmes de communication
- Communication et coordination infra-professionnelles et infra-organisationnelles
- Démissions, assistance domiciliaire
- Autre ???

# Des chiffres, non pas des statistiques



- ❖ Les chiffres publiés ne sont pas des statistiques pour aucune des trois organisations
  - ❖ Il n'y a pas de séries historiques
- ❖ Les issues des plaintes ne sont pas indiquées

Certains acteurs proposent un observatoire  
mais

Comment peut-on le faire et avec qui ? Comme un point de passage obligé pour gérer la diversité des informations ? Comme un lieu où l'on puisse négocier l'interprétation de l'histoire ?

## (2) Le dossier médical comme objet de risque



La littérature scientifique affirme que le dossier médical peut être un ***objet de risque***

- il peut être **porteur de risques** qui à leur tour peuvent produire des **erreurs** ou des **quasi-erreurs**
- il peut contribuer à **véhiculer** – mais parfois aussi – à dépister et à éviter – **ces erreurs**.
- il peut **contenir la trace** et **attester/témoigner** les **erreurs pouvant causer des dommages aux patients et au personnel** (dimension médico-légale)



# Chaînes de causation - le réseau socio-technique



Reconstruire le **réseau** qui s'active et qu'il faut **identifier** autour de l'objet de risque

- Le réseau est composé d'un ensemble d'**entités hétérogènes**, où les **aspects techniques et sociaux sont inextricablement liés**
- **Certains éléments du réseau ont une existence physique solide** (le dossier médical, la "scheda di soccorso", la **check list**), alors que d'autres sont **moins tangibles**
- Pour **réduire les incidents et les erreurs** : efforts pour **construire et contrôler les réseaux des objets de risque nombreux et alternatifs**
- **Causalité distribuée dans tout le réseau socio-technique**  
On peut toujours construire **autant de ramifications** potentielles **des chaînes de causes multiples** pouvant causer l'erreur

**L'erreur est organisationnelle** (Catino, 2002; Weick e Sutcliffe, 2001)

# Le dossier médical comme acteur principal



Reconstruire, à partir de l'**usage du dossier médical**, les **nombreuses chaînes de causes multiples** pouvant provoquer des quasi-erreurs ou des erreurs

Mettre l'accent sur **certains objets de risque et chaînes de causation et en écarter d'autres** (quand on pense qu'un incident a été **provoqué** par une erreur humaine)

(fatigue du professionnel, double poste, **manque** de personnel, pénurie d'outils de travail ou **d'Equipements de Protection Individuelle**, inexpérience, lacunes dans la formation, gestion irrationnelle des espaces organisationnels... )

# En résumé... les objets de risque requièrent



## Les chiffres et le nombre d'erreurs :

- ❖ une plus grande transparence dans la catégorisation **avant même de réfléchir sur toute classification**
- ❖ Des pratiques organisationnelles partagées par les professionnels (IRM, méthodologies, objets, règles, formation)
- ❖ Une table de négociation pour les acteurs qui publient **les chiffres et les données** pour discuter **de l'erreur en tant qu'histoire à interpréter**

## Le dossier médical :

- Améliorations de la communication entre professionnels
- **Contrôle** et améliorations de la qualité des dossiers médicaux

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ministero della Salute (2013), Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella, 4 rapporto (settembre 2005—dicembre 2011)

Ministero della Salute (2009), *Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico. Root Cause Analysis- RCA. Analisi delle cause profonde*

Hilgartner, S. (1992), 'The social construction of risk objects. Or, how to pry open networks of risk', in Short, J. e Clarke, L., (a cura di), *Organization, Uncertainties, and Risk*, Boulder, Colo, Westview Press, pp.39-53

Pipan ,T. (a cura di)(2014), *Presunti colpevoli . Dalle statistiche alla cartella clinica : indagine sugli errori in sanità*, Guerini e Associati, Milano

Weick, E. K., Sutcliffe, M.K., (2001), *Managing the Unexpected, Assuring High Performance in an Age of Complexity*, Jossey-Bass, San Francisco (trad.it: Weick, E. K., Sutcliffe, M.K., (2010), *Governare l'inatteso. Organizzazioni capaci di affrontare le crisi con successo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Vincent, C. (2011), *La sicurezza del paziente*, Springer, Milano

Tartaglia, R. (2012), *Eventi avversi e conseguenze prevenibili: studio retrospettivo in cinque grandi ospedali italiani*, in *Epidemiological Prev*, 36 (3-4): 151-161.