

u^b

Dans quelle mesure sommes-nous ici en sécurité ?

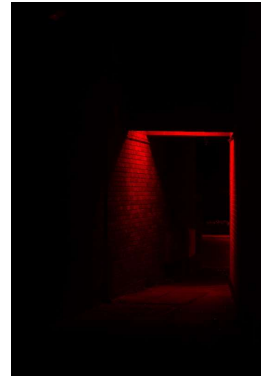
A propos d'erreurs dans les soins oncologiques



Prof. Dr. David Schwappach, MPH

Institut de médecine sociale et préventive (ISPM)
Université de Berne
David.Schwappach@unibe.ch

21 mars 2024, Congrès des soins en oncologie, Berne



1

u^b

Déclaration de conflits d'intérêts de David Schwappach

1. Emploi ou poste de direction : **aucun**
2. Activité de conseil ou d'expertise : **aucune**
3. Détention de parts sociales, d'actions ou de fonds : **aucune**
4. Brevet, droit d'auteur, licence de vente : **aucun**
5. Honoraires : **non**
6. Financement de recherches scientifiques : **non**
7. Autres relations financières: **non**
8. Conflits d'intérêts immatériels : **aucun**

2

Prof. Dr. David Schwappach

2

u^b

A quel point est-ce sûr ici ?

Une collection de tabous ...

- A quel point était-ce sûr hier ?
- Pourquoi cela a-t-il mal tourné ?
- Comment aurions-nous pu l'éviter ?
- Qu'est-ce que nous n'avons pas vu, pas entendu, pas discuté ?
- A quel point est-ce sûr ici aujourd'hui ?
- Comment te sens-tu avec ce qui s'est passé ?
- Que dirons-nous demain à la patiente ou au patient ?
-



3

Prof. Dr. David Schwappach

3

 u^b

A quel point est-ce sûr ici ?

Une collection de tabous ...



- **A quel point était-ce sûr hier ?**
- Pourquoi cela a-t-il mal tourné ?
- Comment aurions-nous pu l'éviter ?
- Qu'est-ce que nous n'avons pas vu, pas entendu, pas discuté ?
- **A quel point est-ce sûr ici aujourd'hui ?**
- Comment te sens-tu avec ce qui s'est passé ?
- **Que dirons-nous demain à la patiente ou au patient ?**
-



4

Prof. Dr. David Schwappach

4

u^b A quel point était-ce sûr ici hier ?

Un regard en arrière montre

- qu'un nombre considérable de patients oncologiques sont confrontés à un événement indésirable ;
- qu'une part importante d'entre eux pourrait en principe être évitée ;
- que les « erreurs » dans la prise en charge sont encore plus fréquentes, mais qu'elles n'ont souvent pas de conséquences négatives ;
- que plus on cherche, plus on trouve.

5

Prof. Dr. David Schwappach

5

u^b A quel point était-ce sûr ici hier ?

Le risque est accumulé pendant une année de traitement hospitalier et ambulatoire :

- 34% des patients rencontrent au moins un événement indésirable
- 16% des patients subissent au moins un événement indésirable évitable.

TABLE 5. Patients With AEs Over the Course of 1 Year by Cancer Type and Stage

Cancer Type	No. of Patients	No. of Patients With at Least 1 AE (%)	No. of Patients With at Least 1 Preventable or Mitigable AE (%)
Total	400	136 (34)	64 (16)
Breast cancer	128	27 (21)	9 (7)
Early stage	95	20 (21)	8 (8)
Advanced stage	33	7 (21)	1 (3)
Colorectal cancer	136	56 (41)	26 (19)
Early stage	65	18 (28)	6 (9)
Advanced stage	71	38 (54)	20 (28)
Lung cancer	136	53 (39)	29 (21)
Early stage	68	24 (35)	14 (21)
Advanced stage	68	29 (43)	15 (22)

6

Prof. Dr. David Schwappach

Lipitz-Snyderman et al. DOI: 10.1002/cncr.30916

6

u^b

A quel point était-ce sûr ici hier ?

En sept mois de traitement ambulatoire d'enfants atteints de leucémie, des erreurs de médication dangereuses se produisent chez plus de 40% d'entre eux.

TABLE 2 Number and severity of medication errors identified

	Site 1 n = 46	Site 2 n = 40	Site 3 n = 45	Total N = 131
Errors, n	243	96	69	408
Number of errors with potential for harm, n	135	58	49	242
Number of errors with harm, n	28	7	4	39
Rate of errors per 100 medications (95% CI)	37.9 (30.2-47.6)	18.8 (14.2-5.0)	13.5 (9.9-18.3)	21.4 (5.7-79.8) ^a
Rate of errors with potential for harm per 100 medications (95% CI)	21.1 (16.1-27.6)	11.4 (8.1-16.1)	9.5 (6.7-13.5)	13.3 (4.6-38.2) ^a
Rate of errors with harm per 100 medications (95% CI)	3.9 (2.2-6.7)	1.4 (0.6-3.3)	0.8 (0.3-2.4)	1.8 (0.2-13.2) ^a
Rate errors per 1000 patient-days (95% CI)	23.1 (17.7-30.1)	9.8 (7.1-13.5)	8.2 (5.8-11.5)	12.4 (3.1-49.5) ^a
Rate of errors with potential for harm per 1000 patient-days (95% CI)	12.6 (9.3-17.2)	6 (4.1-8.8)	5.8 (3.9-8.6)	7.7 (2.6-23.4) ^a
Rate of errors with harm per 1000 patient-days (95% CI)	2.5 (1.4-4.5)	0.7 (0.3-1.7)	0.4 (0.1-1.3)	1 (0.1-9.8) ^a
Patients with errors, No. (%)	45 (98)	30 (75)	29 (64)	104 (79)
Patients with an error with potential for harm, No. (%)	31 (67)	16 (40)	12 (27)	59 (42)
Patients with an error with harm, No. (%)	11 (24)	2 (5)	0 (0)	13 (10)

7

Prof. Dr. David Schwappach

Wong et al. DOI: 10.1002/cncr.34651

7

 u^b

A quel point était-ce sûr ici hier ?

Erreurs avec un dommage potentiel :

- Majoritairement lors de l'administration (78%) et de la prescription (18%)
- Sous-dosage de chimiothérapie relativement fréquent (34% des patients)
- Surdosage de chimiothérapie moins fréquent, mais pas rare (10% des patients)
- De nombreuses erreurs ayant entraîné des conséquences préjudiciables n'ont été interceptées que lors de la visite à domicile dans le cadre de l'étude (59%)

A 25% overdose of oral chemotherapy was prescribed and administered as such for 3 weeks at home. The child developed myelosuppression, transaminitis, and anemia requiring transfusion. (NCC-MERP = E)

Teen forgets midday dose of her three times a day gabapentin. This occurs three to four times a week and subsequently has pain and tingling in fingers. (NCC-MERP = E)

Dose of antiemetic medication(s) prescribed not adjusted for weight as the child grew and the child had ongoing nausea and vomiting, sometimes with hospitalization because of dehydration. (NCC-MERP = F)

Caregiver misunderstood steroid taper and tapered too quickly, resulting in bone pain in the child. (NCC-MERP = E)

8

Prof. Dr. David Schwappach

Wong et al. DOI: 10.1002/cncr.34651

8

u^b

A quel point était-ce sûr ici hier ?

Un regard en arrière montre

- qu'un nombre considérable de patients oncologiques sont confrontés à un événement indésirable ;
- qu'une part importante d'entre eux pourrait en principe être évitée ;
- que les « erreurs » dans la prise en charge sont encore plus fréquentes, mais qu'elles n'ont souvent pas de conséquences négatives ;
- que plus on cherche, plus on trouve.

9

Prof. Dr. David Schwappach

9

u^b

A quel point était-ce sûr ici hier ?

Un regard en arrière montre

- qu'un nombre considérable de patients oncologiques sont confrontés à un événement indésirable ;
- qu'une part importante d'entre eux pourrait en principe être évitée ;
- que les « erreurs » dans la prise en charge sont encore plus fréquentes, mais qu'elles n'ont souvent pas de conséquences négatives ;
- que plus on cherche, plus on trouve.
- les patient-e-s pour lesquels nous constaterons **demain** qu'ils ont subi **hier** un événement indésirable sont en traitement **aujourd'hui**.

10

Prof. Dr. David Schwappach

10

u^b A quel point est-ce sûr ici ?

Une collection de tabous ...

- A quel point était-ce sûr hier ?
- Pourquoi cela a-t-il mal tourné ?
- Comment aurions-nous pu l'éviter ?
- Qu'est-ce que nous n'avons pas vu, pas entendu, pas discuté ?
- ➔ • **A quel point est-ce sûr ici aujourd'hui ?**
- Comment te sens-tu avec ce qui s'est passé ?
- **Que dirons-nous demain à la patiente ou au patient ?**
-



11

Prof. Dr. David Schwappach

11

u^b A quel point est-ce sûr ici aujourd'hui ?

Un coup d'œil autour de nous dans le présent montre ...

- que des conséquences systématiques et durables sont rarement extraites d'événements - même graves ; une part considérable des cas CIRS (Critical Incident Reporting System) reste sans conséquences ;
- que nous sommes parfois prêts – avec de bonnes intentions – à prendre des risques élevés ;
- que le travail quotidien se déplace souvent silencieusement vers des zones dangereuses parce que « rien de grave n'arrive » (*migration towards risk*)



12

Prof. Dr. David Schwappach

12

u^b

A quel point est-ce sûr ici aujourd'hui ?

La normalisation de pratiques dangereuses ...

- Abandon des règles de sécurité pour des raisons de "productivité", par ex.
 - pas de début de traitement le vendredi après-midi
 - Administration du traitement uniquement par des PFP [profil fonctionnel personnalisé] expérimentés
- Utilisation de work-arounds [Solution de rechange, solution de contournement] informatiques, p. ex. schéma copier/coller du patient A au patient B
- Fréquence des interruptions, y compris pour les tâches critiques en termes de sécurité
- Comportement individuel et organisationnel favorisant les blessures émotionnelles, p. ex. retarder la communication sur une situation palliative

13

Prof. Dr. David Schwappach

13

 u^b

A quel point est-ce sûr ici aujourd'hui ?

Un coup d'œil autour de nous dans le présent montre ...

- que nous nous habituons à des mises en danger et que nous les acceptons dans la durée;
- que nous ne savons généralement pas à quel point la prise en charge est sûre, car nous ne collectons pas ces données ;
- que « *la sécurité d'abord !* » ne s'applique justement pas (toujours) ;
- que cela est rarement ouvertement exprimé.



14

Prof. Dr. David Schwappach

14

u^b

A quel point est-ce sûr ici ?

Une collection de tabous ...

- A quel point était-ce sûr hier ?
- Pourquoi cela a-t-il mal tourné ?
- Comment aurions-nous pu l'éviter ?
- Qu'est-ce que nous n'avons pas vu, pas entendu, pas discuté ?
- A quel point est-ce sûr ici aujourd'hui ?
- Comment te sens-tu avec ce qui s'est passé ?
- ➔ • **Que dirons-nous demain à la patiente ou au patient ?**
-



15

Prof. Dr. David Schwappach

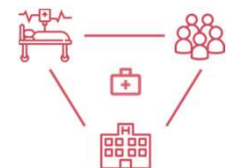
15

 u^b

Que dirons-nous demain à la patiente ou au patient ?

Une situation de départ difficile ...

- Situation peu claire (quoi, pourquoi, conséquences, ...)
- Besoin de communication souvent variable et en décalage par rapport à l'état des connaissances
- Situation complexe mélangée entre les individus et l'organisation impliqués
- Système juridique vs. éthique médicale
- Besoins, niveaux de connaissances et évaluations très différents
- Le cas échéant, fortes émotions de part et d'autre, confiance remise en question
- **Beaucoup de choses peuvent mal tourner - il y a un grand risque d'escalade**



16

Prof. Dr. David Schwappach

16

u^b

Que dirons-nous demain à la patiente ou au patient ?

Besoins des patient-e-s et de leurs proches

- Divulgateion faite en personne, opportune et claire
- informations sur l'incident, ses causes et ses conséquences
- Motivation crédible à apprendre et éviter la récidiue
- Excuses et expression de regrets sincères



17

Prof. Dr. David Schwappach

z.B.: Hannawa et al. doi: 10.4414/smw.2017.14427
Schwappach et al.. doi: 10.1093/intqhc/mzh058

17

 u^b

Que dirons-nous demain à la patiente ou au patient ?

Point de ue des professionnels

- Manque de faits / manque de clarté de la situation
- Responsabilité peu claire (p. ex. entre professionnels)
- Attentes et exigences de l'organisation
- Peur des conséquences (juridiques, réputation, jugement des pairs, etc.)
- Souvent peu de soutien de la part de l'établissement
- Émotions



- **Conséquence : formulations souvent vagues et implicites et attitude passive**

18

Prof. Dr. David Schwappach

z.B. McLennan et al., doi: 10.1111/aas.12517

18

u^b

Que dirons-nous demain à la patiente ou au patient ?

Expérience des patient-e-s et de leurs proches

- La plupart des personnes comprennent que des erreurs puissent se produire
- Grande sensibilité à ce qui s'apparente à de la dissimulation / au "bricolage".
- Une bonne communication honnête est perçue et efficace
- La réalité est souvent report, dissimulation, manœuvre et manque de transparence
- Informations et présentation contradictoires de l'organisation
- Mauvaise conduite des entretiens
- **Conséquence : perte de confiance, escalade, effet paradoxal**



19

Prof. Dr. David Schwappach

19

 u^b

Que dirons-nous demain à la patiente ou au patient ?

Expériences des patient-e-s et de leurs proches

« Si vous vous excusez sans rien faire pour remédier, c'est **une insulte à mon intelligence** »

... une reconnaissance m'aurait « fait me sentir mieux au sujet des soins et de l'équipe, **sachant qu'ils savent vraiment ce qu'ils font** et qu'ils comprennent leurs patients ».

« Et elle [la PCP, Primary Care Provider] était aussi triste, mais elle était en accord avec mes émotions. Elle n'essayait pas de prétendre que rien ne s'était passé... Cela a fait une énorme différence. Elle était tout simplement **tout à fait sincère et authentique.** »

20

Prof. Dr. David Schwappach

Mazor et al.. doi: 10.1016/j.pec.2011.07.010

20

u^b

Que dirons-nous demain à la patiente ou au patient ?

De quoi s'agit-il ? **Une bonne préparation est essentielle**

- Quand (causalité) **En cas de lésions : toujours**
- Quand (temporalité) **Première information le plus rapidement possible (dans les 24h)**
- Qui **Equipe interprofessionnelle restreinte**
- Quoi **Informations, regrets, conséquences, prochaines étapes**
- Comment **Conduite sensible des entretiens**



21

Prof. Dr. David Schwappach

21

 u^b

Que dirons-nous demain à la patiente ou au patient ?

Key Disclosure Communication Skills

Show empathy

- **Allow** the patient to express his/her emotions.
- **Acknowledge** the patient's emotions.
- **Validate** the patient's emotions by saying that their response is understandable.

Be honest

- **Explain** the facts about the adverse event without the patient having to do a lot of probing.
- **Give** direct answers to the patient's questions.
 - If you do not know the answer to the patient's questions, state this directly and explain your plan to learn more and keep them updated.

Utilize effective communication strategies

- **Show** sincere interest in the patient's questions and concerns.
- **Use** good non-verbal expression (e.g., eye contact).
- **Avoid** medical jargon.
- **Check** for the patient's understanding of the information throughout the conversation.
- **Be yourself!**

22

Prof. Dr. David Schwappach

Candor Toolkit Disclosure Checklist
<https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/candor/index.html>

22

u^b

Résumé

- La sécurité des patients touche à de nombreux tabous
- Nous ne voulons pas voir, pas entendre, pas savoir ni discuter
- C'est compréhensible, mais cela empêche un développement continu constructif

- Aborder des aspects tabous par petites étapes, p. ex.
 - Des « huddles » [rassemblements] quotidiens de « sécurité ».
 - Relever régulièrement les estimations du « maintenant » et traiter les thématiques
 - Examiner de manière critique la pratique quotidienne et la perfectionner (p. ex. CIRS)
 - check-liste à élaborer pour entretiens avec des patients concernant les incidents

