

Protéger les malades ou s'en protéger?  
Pour une nouvelle appréhension du risque.

Sadek Beloucif,

Département d'Anesthésie-Réanimation, CHU Amiens  
beloucif.sadek@chu-amiens.fr

2<sup>e</sup> Journée de formation

**Vendredi**  
**24 juin 2005**

**Institut Mutualiste**  
**Montsouris**

42 boulevard Jourdan Paris 14<sup>e</sup>  
Tél. 01 56 51 62 63  
RER B : Cité universitaire  
Métro : Porte d'Orléans

**Infections**  
**Nosocomiales**

**Justice et société**



# Les 3 âges de la médecine et leurs logiques de risque

- Le médecin-sorcier
  - Le risque “fatalité”
- Le médecin-technicien
  - “au cas où surviendrait le risque”
- Le médecin-ingénieur de maintenance
  - Pour que le risque ne se réalise pas !

# Les logiques de risque et les systèmes de santé correspondant

- Le médecin-sorcier
  - Le risque “fatalité”
  - L’Hôpital comme Hotel-Dieu (assistance aux indigents)
- Le médecin-technicien
  - “au cas où surviendrait le risque”
  - Le développement des mutuelles et de la Sécurité Sociale (protection sociale et accès aux soins)
- Le médecin-ingénieur de maintenance
  - Pour que le risque ne se réalise pas !
  - L’Evidence-Based Medicine et le “Managed Care” (gestion du soin)

# Quelles réponses face au risque?

- Le médecin-sorcier
  - Le risque “fatalité” et l’Hotel-Dieu
  - **Incantations**, prières, espérance...
- Le médecin-technicien
  - “au cas où surviendrait le risque”, mutuelles et Sécurité Sociale
  - Les logiques de **Prévention**
- Le médecin-ingénieur de maintenance
  - Pour que le risque ne se réalise pas, “Managed Care”
  - Le Principe de **Précaution**



- ◀ Un des numéros du British Medical Journal de mars 2000 comparait les 100 000 décès dus aux erreurs médicales aux États-Unis au nombre inférieur de morts liés aux crashes aériens afin de stigmatiser l'importance de la gestion maîtrisée des risques dans le domaine des *"high risk enterprises"*.

## RAPPORT DE MISSION

Professeur  
Yves MATILLON  
AOÛT 2003

# Infections nosocomiales : halte aux fantasmes !

Pr. Jean Carlet, Le Monde 3 janvier 2004

Les médias se sont emparés de ce thème de façon récurrente mais, aussi, outrancière, caricaturale, □ à la limite de l'obscène pour certains d'entre eux, sans, le plus souvent, la moindre tentative de comprendre les causes de ces infections ni leur caractère évitable ou non. (...)

Il faut tout faire pour éviter cela, bien sûr, et par tous les moyens, en y mettant toute notre énergie, mais pas en prenant l'hôpital comme bouc émissaire ni en essayant de dresser les usagers contre ceux qui font le plus souvent le maximum pour soigner. Il faut mener cette lutte ensemble, le patient étant partenaire –pas un partenaire aveuglé□é, leurré□é par une information caricaturale, mais un partenaire informé□ et donc exigeant, lucide et responsable. (...)

Cependant cela ne surviendra pas si l'on prend les usagers pour des idiots et des assistés, et si on leur fait croire que la science a tous les pouvoirs, qu'ils peuvent vivre dans un monde stérile, protégé□ et sans risque, et avoir à□ la fois le beurre, l'argent du beurre et l'ingratitude.

## Protéger les malades ou s'en protéger?

Pr. Didier Sicard, Le Monde 29 janvier 2004

*« Je ne veux pas aller à l'hôpital pour ne pas attraper une infection nosocomiale. Les microbes nosocomiaux me font peur. Je veux un hôpital "dénosocomisé". » (...)*

Peu à peu, la société oublie la fragilité de l'homme malade (...). Bref, la société oublie que la médecine contemporaine n'est pas toute-puissante et que sa puissance même peut tuer. (...)

Les médecins ne défendent ni leur pré carré ni leur pouvoir. Ils demandent simplement de ne pas être obligés de se protéger des malades.

L'hôpital reste un des derniers lieux d'humanité. Les médecins veulent y continuer à soigner tous les malades, sans discrimination, dans la transparence, sans la menace permanente d'une « mise en examen », pour des raisons le plus souvent médiatiques et opportunistes.

# LA SANTÉ EN FRANCE



LEFRET-THOMAS

# Médecine, éthique et droit

- Nous sommes passés d'une logique paternaliste pure,
- à une logique d'essence contractuelle avec ses dérives,
- alors que nous devrions déjà être dans le "*catastrophisme éclairé*"...

# Quel futur ?

- Le sorcier  
Fatalisme, Incantations
- Le technicien  
Prévention (“protection” sociale)
- L’ingénieur, le politique  
Précaution
- Le philosophe, l’humaniste  
“Catastrophisme éclairé”

Catastrophes?



1 sur 10 000

$$10\ 000 = 30 \times 330$$

Soit 1 accident en 30 ans si une fusée est lancée *tous les jours!*

# Enquête SFAR

Passage de Risque 1 / 5 000

à

1 / 50 000

*Comment le comprendre?*

Même si l'information est  
complète, exhaustive et  
appropriée, la compréhension  
des risques et bénéfices n'est  
pas garantie!

- Exemple des essais thérapeutiques
  - Contenu de la lettre d'information
  - La participation à un essai est souvent oubliée!

"Information des patients.

Recommandations destinées aux médecins

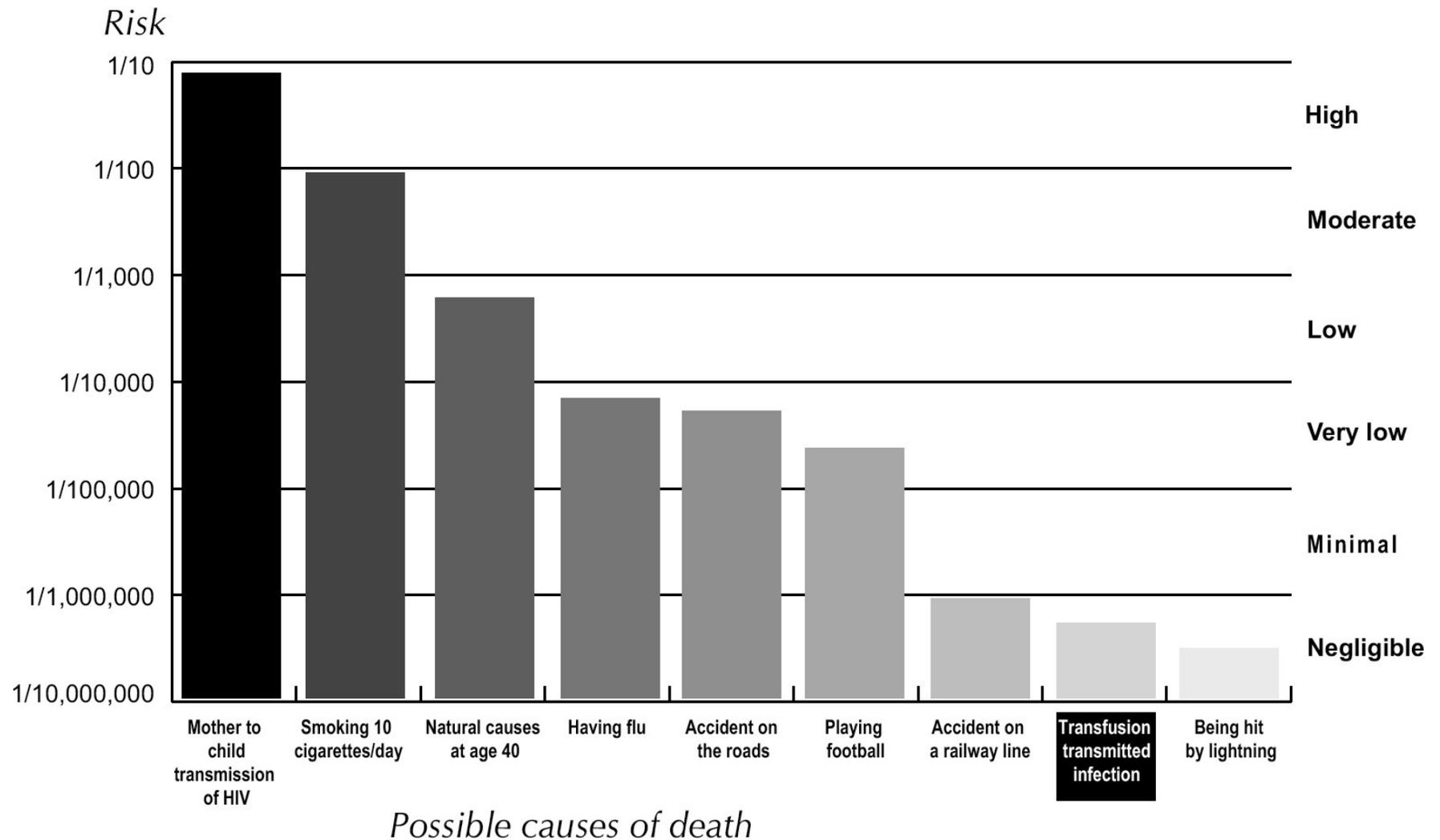
<http://www.anaes.fr>



- contenu de l'information à donner au patient ;
- informations objectives et validées ;
- manière de présenter les risques et leur prise en charge ;
- informations compréhensibles des patients ;
- fonction strictement informative des documents ;
- information envisagée comme un élément du système de soins.

Figure 1: Transfusion risks in context 19

Calman K. Cancer: science and society and the communication of risk. BMJ 1996; 313: 799-802.



## Perioperative Blood Transfusion for Elective Surgery

A national clinical guideline [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)

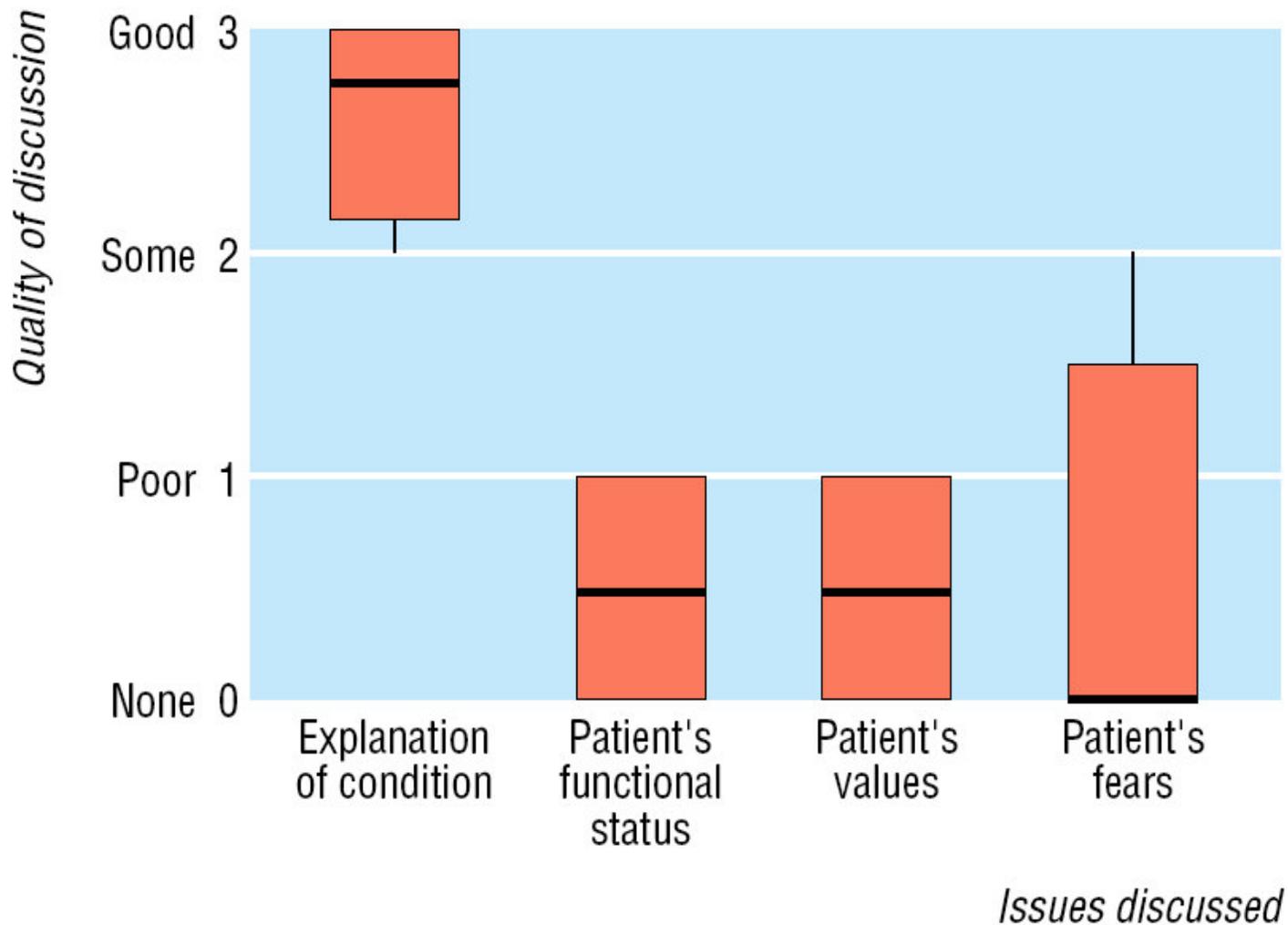
Cite this article as: BMJ, doi:10.1136/bmj.38293.435069.DE (published 25 November 2004)

# Learning in practice

How doctors discuss major interventions with high risk patients: an observational study

C F Corke, P J Stow, D T Green, J W Agar, M J Henry

Corke CF BMJ 2004



**Fig 1** Quality of 30 junior doctors' discussions of treatment options for a patient with acute, life threatening illness and serious comorbidities. (Figure shows median, interquartile range, and range of scores)



**XXXIV<sup>e</sup> Congrès de la SRLF**

CNIT - Paris La Défense  
2, place de La Défense - 92090 LA DÉFENSE

**18, 19 et 20 janvier 2006**

Accueil

Référentiels

Formation et  
CNERM

Petites Annonces

Rechercher

## Risques et Maîtrise des Infections nosocomiales en Réanimation

### Texte d'Orientation

[Version PDF](#)

[Voir l'éditorial de C. Richard et J. Marty à propos du texte d'orientation sur les infections nosocomiales](#)

The Risk for and Approaches to Control of Nosocomial Infections in ICUs: Guideline from the SRLF / SFAR Task Force on Nosocomial Infections in ICUs

Groupe de travail :

Pour la SRLF: Christian BRUN-BUISSON \*, Guy BONMARCHAND, Jean CARLET, Jean CHASTRE, Alain DUROCHER, Jean-Yves FAGON, Philippe LOIRAT, Marie-Claude JARS-GUINCESTRE, Bernard REGNIER, Bertrand SOUWEINE.

Pour la SFAR : Claude MARTIN, Remy GAUZIT, Alain LEPAPE, Yannick MALLEDANT, Didier PAYEN, Thierry POTTECHER, Benoît WEBER



**XXXIV<sup>e</sup> Congrès de la SRLF**

CNIT - Paris La Défense  
2, place de La Défense - 92090 LA DÉFENSE

**18, 19 et 20 janvier 2006**

[Accueil](#)

[Référentiels](#)

[Formation et  
CNERM](#)

[Petites Annonces](#)

[Rechercher](#)

**Infections Nosocomiales en Réanimation : l'absolue nécessité d'information et de transparence.**

[Version PDF](#)

[Texte d'Orientation du groupe de travail SRLF-SFAR](#)

Christian Richard, Jean Marty.

*« la réanimation continuera de traîner l'infection nosocomiale pendant longtemps encore, comme un boulet qui fait partie intégrante de sa personnalité »*

*Professeur Maurice Rapin. 1988(1)*

# The ABCs of Patient Safety

by Doni Haas, RN and Lorri Zipperer, MA

**A**ccountability is not always about a person.

**B**lame hides the truth about error.

**C**ultures must change.

**D**ocument facts.

**E**rror is our chance to see weakness in our systems and people.

**F**ocus on prevention.

**G**ather evidence to support facts.

**H**ear when you listen.



National Patient Safety Foundation®

**I**nvestigate cause.

**J**ustice should include compassion, disclosure and compensation.

**K**nowledge must be shared.

**L**earning from others' mistakes benefits all.

**M**ake the effort to look beyond the obvious.

**N**othing will change until you change it.

**O**pportunities for solutions are lost by blame.

**P**artner with patients and practitioners.

**Q**uestion until you can no longer ask "why?"



National Patient Safety Foundation®

**R**eporting error is suppressed by blame.

**S**ystems are where practitioners practice.

**T**hink about the blunt and sharp end.

**U**nderstand the role of accountability.

**V**alue the patient's perspective.

**W**hy, Why, Why, Why, Why = root cause.

**X**-ray vision sees the deeper story.

**Y**ou can make a difference.

**Z**eroing in on cause brings us one error closer to zero error.



National Patient Safety Foundation®

Rien n'est moins sûr que l'incertain

(Pierre Dac)