

Manager, Print and Online Publishing • Gestionnaire,
Services d'édition électronique et imprimée
Carolyn J. Brown

Production Manager • Gestionnaire de la production
Kathryn A. Freamo

Production Assistants • Assistantes à la production
Nicole Barbeau, Carole Lalonde, Clara Walker

Online Publishing Assistant
Adjointe à la publication en direct
Shirley Waddell

ADVERTISING • PUBLICITÉ
Manager, Journal Advertising
Gestionnaire, Annonces publicitaires
Beverly Kirkpatrick

Coordinator, Display Advertising
Coordonnatrice de la publicité
Nancy Pope

Assistant Manager, Classified Advertising
Gestionnaire adjointe, annonces classées
Deborah Rodd

Assistant, Journal Advertising
Adjointe, Annonces publicitaires
Tracy Huckabone

613 731-9331, fax 613 565-7488
advertising@cma.ca

For information on how to advertise
in any of the CMA journals
www.cma.ca

Pour savoir comment placer une annonce
dans les revues publiées par l'AMC
www.cma.ca

Marketing and Advertising Sales
Marketing et publicité
Keith Health Care Inc.
info@keithhealthcare.com

Toronto	Montréal
905 278-6700	514 624-6979
800 661-5004	877 761-0447
fax 905 278-4850	fax 514 624-6707

All prescription drug advertisements have been cleared
by the Pharmaceutical Advertising Advisory Board.
Toutes les annonces de médicaments prescrits ont été
approuvées par le Conseil consultatif de publicité
pharmaceutique.



ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

President • Président
Henry Haddad

Secretary General • Secrétaire général
William G. Tholl

Executive Director, Publications
Directeur exécutif, Publications
Pat Rich

Permissions • Permissions
permissions@cma.ca



Les erreurs de nos façons de faire

Les hôpitaux sont des endroits dangereux. Dans un contexte où les malades prennent de multiples médicaments, subissent de nombreuses interventions et sont soignés par des équipes travaillant par quarts et constituées de multiples professionnels de la santé dont le travail est de plus en plus complexe, les erreurs deviennent inévitables. L'étude canadienne sur les erreurs médicales lancée récemment par les chercheurs Ross Baker et Peter Norton¹ (voir page 181) confirmera inévitablement ce que des études semblables réalisées aux États-Unis, en Australie, en Suède et au Royaume-Uni ont démontré : les erreurs médicales sont d'une fréquence alarmante. Si nous nous fondons sur l'étude récente et très citée du US Institute of Medicine² pour extrapoler, il ne faudrait pas nous étonner d'apprendre qu'il y a de 4000 à 9000 décès évitables par année chez les patients hospitalisés.

Comme la plupart des pays occidentaux, le Canada n'a pas de stratégie nationale systématique de surveillance et de prévention des erreurs médicales. Dans l'industrie de l'aviation, la déclaration des erreurs est non seulement encouragée, mais obligatoire. Dans le secteur des soins de santé, le problème tombe trop facilement entre les mains d'avocats spécialisés dans le domaine de la faute professionnelle. Notre système d'assurance contre la faute professionnelle et d'indemnisation des préjudices oblige à blâmer le praticien. Les avocats des deux parties présentent des hypothèses différentes de ce qui s'est produit en visant principalement à augmenter ou à réduire toute somme adjugée. Notre compréhension des erreurs médicales émane de la cacophonie des affirmations et des dénis sous forme de sous-produit insaisissable. Dans ce système, la vérité est relative et la prévention, inimportante.

La détection des événements indésirables par l'étude des réclamations pour faute professionnelle a aussi un caractère incomplet inhérent : la majorité des cas qui aboutissent devant les tribunaux ne mettent en cause aucun événement indésirable et ceux qui découlent d'une négligence réelle sont très peu nombreux. En fait, les cas réels d'événements indésirables et de négligence ont tendance à ne pas se rendre jusqu'aux tribunaux³. Comme moyen d'indemniser les victimes de préjudice, le système est non seulement inefficace, mais injuste, car il favorise ceux qui

ont l'endurance et les moyens nécessaires pour recourir aux tribunaux : habituellement, les personnes plus jeunes et plus nanties, et non les personnes âgées et les pauvres.⁴

Si nous comptons sur l'assurance contre la faute professionnelle des pilotes pour améliorer la sécurité aérienne, personne ne prendrait un vol commercial. Dans le domaine des soins de santé, nous comptons sur l'assurance contre la faute professionnelle. L'industrie de l'aviation, elle, recueille systématiquement des données sur les erreurs et les quasi-collisions et en fait rapport, évalue les rapports et instaure ensuite des mesures préventives. Les activités visent non pas à attribuer le blâme, mais à prévenir des incidents en améliorant les milieux de travail des intéressés.

Il faut faire la même chose dans le domaine des soins de santé. Nous avons besoin d'un système qui encouragera la déclaration des erreurs au lieu de la décourager, qui visera avant tout à améliorer la qualité et la prévention au lieu de blâmer l'individu, et qui indemnisera tous les patients subissant un préjudice — rapidement, équitablement et uniformément⁵. Il importe, avant la publication des résultats de l'étude de Baker et Norton en 2003, que les professions de la santé préconisent l'élaboration d'un système national de déclaration des erreurs médicales et une assurance contre la faute médicale sans responsabilité. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada joue un rôle de premier plan. Les associations nationales de médecins, d'infirmières et d'hôpitaux doivent aussi intervenir. C'est maintenant qu'il faut agir — et non dans deux ans, lorsque les manchettes affirmeront que les hôpitaux sont dangereux. — JAMC

Références

1. Baker GR, Norton P. Making patients safer! Reducing error in Canadian healthcare. *Healthcare Papers* 2001;2:10-30. Disponible : www.longwoods.com/hp/2-1error/leadabs.html
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, s.l.d. *To err is human: building a safer health system*. Washington : National Academy Press; 2000.
3. Brennan T, Leape L, Laird N, Hebert L, Localio A, Lawthers A, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
4. Studdert DM, Thomas EJ, Burstin HR, Zbar BI, Orav EJ, Brennan TA. Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado. *Med Care* 2000; 38(3):250-60.
5. Studdert DM, Brennan TA. No-fault compensation for medical injuries: the prospect for error prevention. *JAMA* 2001; 286(2):217-23.