

Notions générales élémentaires

Pr Bruno Vande Berg
DES 1^o cycle
2017-2018
UCL

Partie 4

La qualité de l'information

Causes d'erreurs
Plaintes

erreur de perception

versus

erreur d'interprétation

Définitions et causes d'erreurs

Erreurs de **perception**: anomalie non détectée (Faux -)

présente mais pas vue (observateur inadéquat)

pas présente sur l'image (test inadéquat)

Définitions et causes d'erreurs

Erreurs d'interprétation:

anomalie détectée mais mal interprétée (Faux +)

anomalie détectée et pathologisée alors que = variante de la normale

anomalie détectée mais mal interprétée

Causes d'erreurs d'interprétation

Quelles erreurs ?

Erreurs de perception: anomalie non détectée (Faux négatif)
présente mais pas vue (observateur inadéquat)
pas présente sur l'image (test inadéquat)

Erreurs d'interprétation: anomalie détectée mais incorrectement interprétée (Faux positif)
anomalie détectée mais considérée comme pathologique alors que variante de la normale
anomalie détectée mais mal interprétée

erreurs de perception plus fréquentes

anomalie visible rétrospectivement

f(faux négatif) = 5X ***f***(faux positif)

erreur de perception

versus

erreur d'interprétation

Erreurs de **perception** (Faux négatifs - erreurs de détection)

Manque de compétence de l'observateur

structurelle (QI réduit)

conjoncturelle

manque d'information clinique, anciens documents absents, Cdrom)

interruption permanente de l'activité

fatigue (gardes....)

Erreurs de **perception** (Faux négatifs - erreurs de détection)

- Manque de compétence de l'observateur
- Conditions de travail (négatoscopes, éclairage ambiant...)
- Lésions multiples « un train peut en cacher un autre »
- Technique inadéquate (RX crâne pour hématome sous dural)
- Qualité inadéquate de l'examen

Chute sur les avant-bras



15 jours plus tard



Profil initial



15 jours plus tard



Erreurs de perception (Faux négatifs - erreurs de détection)

Manque de compétence de l'observateur
structurelle (QI réduit)
conjoncturelle

manque d'information clinique, anciens documents absents, Cdrom)
interruption permanente
fatigue (gardes....)

Conditions de travail (négatoscopes, éclairage ambiant...)

Lésions multiples « un train peut en cacher un autre »

Technique inadéquate (RX crâne pour hématome sous dural)

Qualité inadéquate de l'examen

Douleur cheville

Diagnostic:

A normal

B arthrite

C fracture

D cancer

E luxation



Faux négatifs - erreurs de détection

Manque de compétence de l'observateur

Conditions de travail (négatoscopes, éclairage ambiant...)

Lésions multiples « un train peut en cacher un autre »

Technique inadéquate

Qualité inadéquate de l'examen

Impact majeur si radiologie est un test de détection



Solutions

Double lecture

Deux observateurs

Relecture des dossiers

Formation

Accréditation équipement

erreur de perception

versus

erreur d'interprétation



Le diamètre AP
du canal rachidien
correspond à la ligne

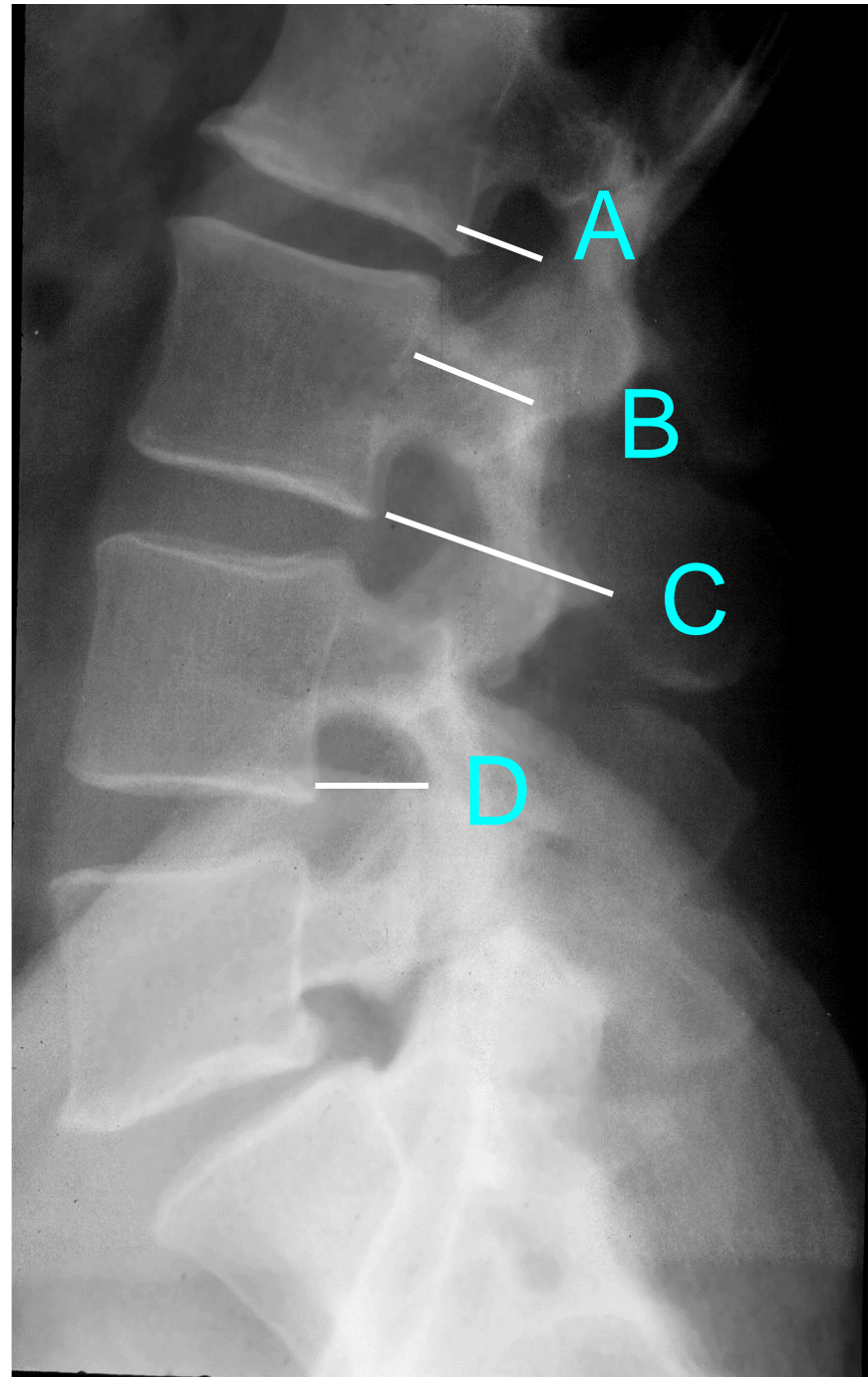
A ligne A

B ligne B

C ligne C

D ligne D

E aucune ligne



Faux positifs - erreurs d'interprétation

Manque de compétence

Variantes du normal

Connaissance de l'anatomie

Anomalie séquellaire (Trouble de croissance, lésion guérie..)

interprétation inappropriée de la pathologie

Tassement bénin versus pathologique

Récurrence versus modifications cicatricielles

Faux positifs - erreurs d'interprétation

Manque de compétence

Données cliniques incomplètes (antécédents cliniques)

Anciens clichés non disponibles (antécédents imagerie)

Fréquent en pathologie traumatique et en pathologie pédiatrique

Faux positifs - erreurs d'interprétation

Manque de compétence

Données cliniques incomplètes (antécédents cliniques)

Anciens clichés non disponibles (antécédents imagerie)

Fréquent en pathologie traumatique et en pathologie pédiatrique

Impact en pathologie traumatique, oncologique (bilan d'extension) et en pédiatrie

Solutions

Formation de l'observateur

Répéter le test (à un délai fixé par les pathologies envisagées)

Comparer avec côté controlatéral

Proposer test alternatif (avec ou sans délai)

Solutions possibles à nos erreurs d'interprétation

1. Erreurs de détection - faux négatifs

Double lecture

Deux observateurs indépendants

Un observateur à deux moments

Computer-assisted detection

Formation de l'observateur

« On ne voit que ce qu'on connaît »

Améliorer conditions de travail

2. Erreurs d'interprétation - faux positifs

Formation de l'observateur

Discussion avec collègues ou médecin référent

Répéter le test plus tard

Répéter le test de l'autre côté, ailleurs

Proposer un autre test (avec ou sans délai, test clinique éventuel)²¹

Attention aux erreurs de latéralisation

Droite est différent de gauche

Parade: répéter la latéralisation

Ex: hernie discale droite comprimant la racine L5 droite

Exemple

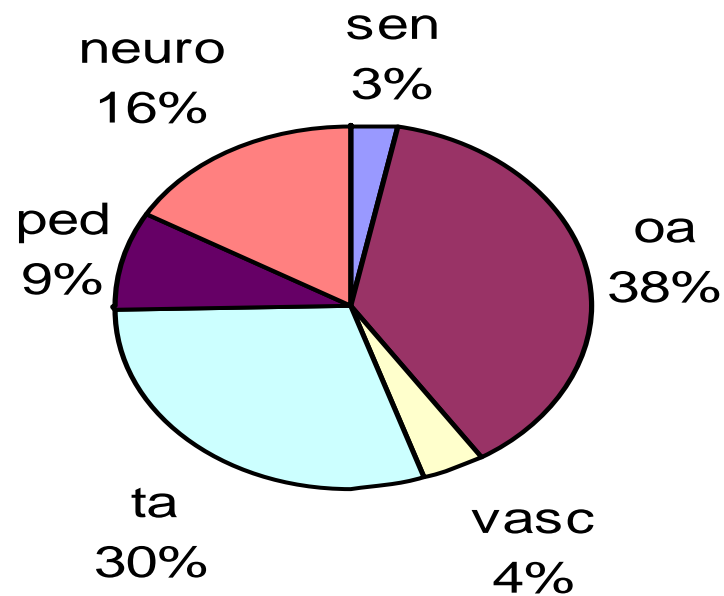
Contrôle qualité des comptes-rendus

Echantillon

- 98 CD et comptes-rendus relus
- Période juillet 2007
- Comptes-rendus pour médecins référents extérieurs

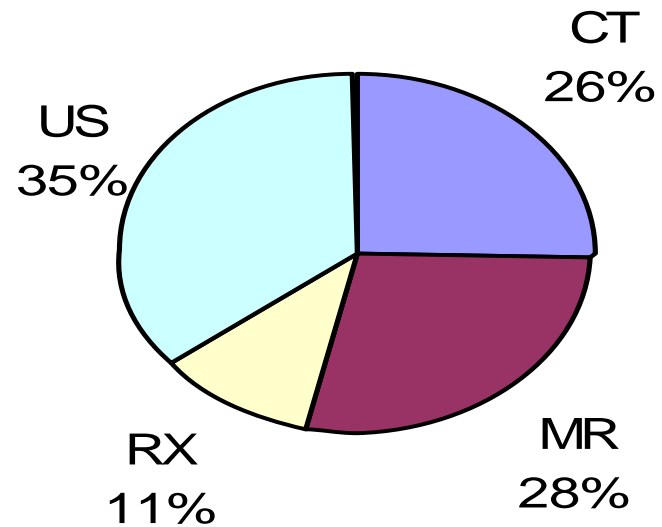
Echantillon : par groupe

Nbre CD



Echantillon : par technique

Nbre CD



Délai moyen par groupe :

Jours ouvrables entre date exam et date envoi

	Nbre CD	Délai
OA	37	3,3
TA	29	1,9
NEURO	16	0,9
PED	9	1,3
VASC	4	2,8
SEN	3	5,0
TOTAL	98	2,3

Délai moyen par technique :
jours ouvrables entre date exam et date envoi

	Nbre CD	Délai
US	35	1,8
MR	27	3,6
CT	25	1,6
RX	11	2,6
TOTAL	98	2,3

Délai moyen par catégorie pers. :
jours ouvrables entre date exam et date envoi

	CR tapés	Délai
SECR	60	2,9
MACCS	25	1,4
STAFF	10	1,2
INF	3	3,7
TOTAL	98	2,3

Vérifications

- Cohérence adresse enveloppe et CR : OK
- Adéquation CD – PACS : OK
- Qualité image : OK

Vérifications

- Remarques :
 - Pas de titre sur le CD (1)
 - Encodé ATM pour oreille (1)
 - Problème image (1)
 - CR RX, CD RX / US (2)
 - Pas image RX sur CD (3)

Fautes

	CR tapés	Fautes Ortho	Fautes Contresens	Nbre CR avec au moins 1 faute
SECR	60	17	3	14
MACCS	25	16	0	7
STAFF	10	5	0	3
INF	3	1	0	1
TOTAL	98	39	3	25

Nbre CR externes tapés par Secr.

	SECR	MACCS	STAFF	INF	TOTAL	% SECR / TOTAL
SEN	3				3	100%
OA	33	1	3		37	89%
VASC		2		2	4	0%
TA	16	10	2	1	29	55%
PED	8	1			9	89%
NEURO		11	5		16	0%
TOTAL	60	25	10	3	98	61%

Nbre CR externes tapés par technique

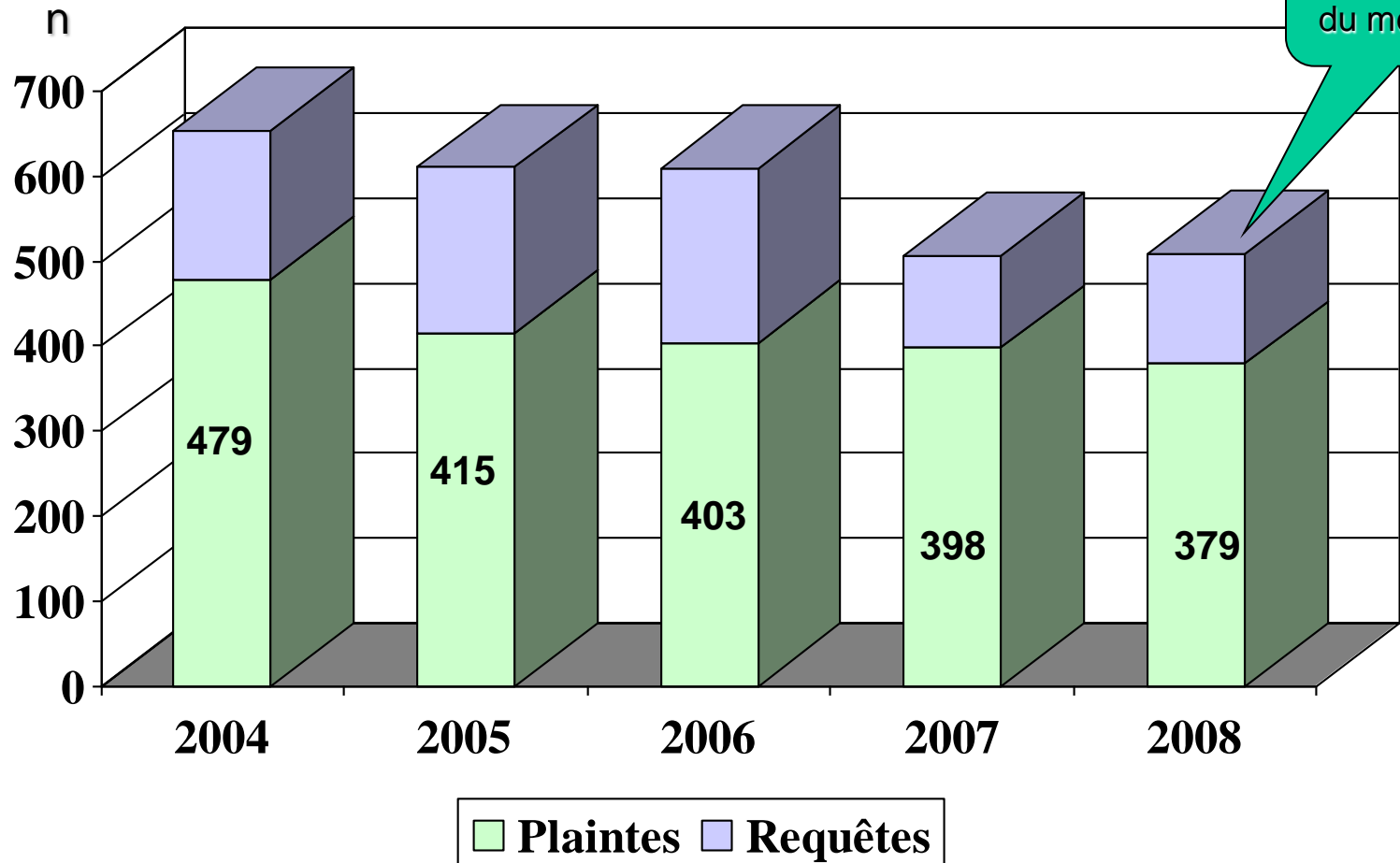
	CT	MR	RX	US	TOTAL
SECR	14	10	11	25	60
MACCS	11	8		6	25
STAFF		9		1	10
INF				3	3
TOTAL	25	27	11	35	98

Plaintes en radiologie

1. Incidents, accidents lors de contact patient
2. Erreurs diagnostiques (surtout en urgence)
3. Difficultés relationnelles

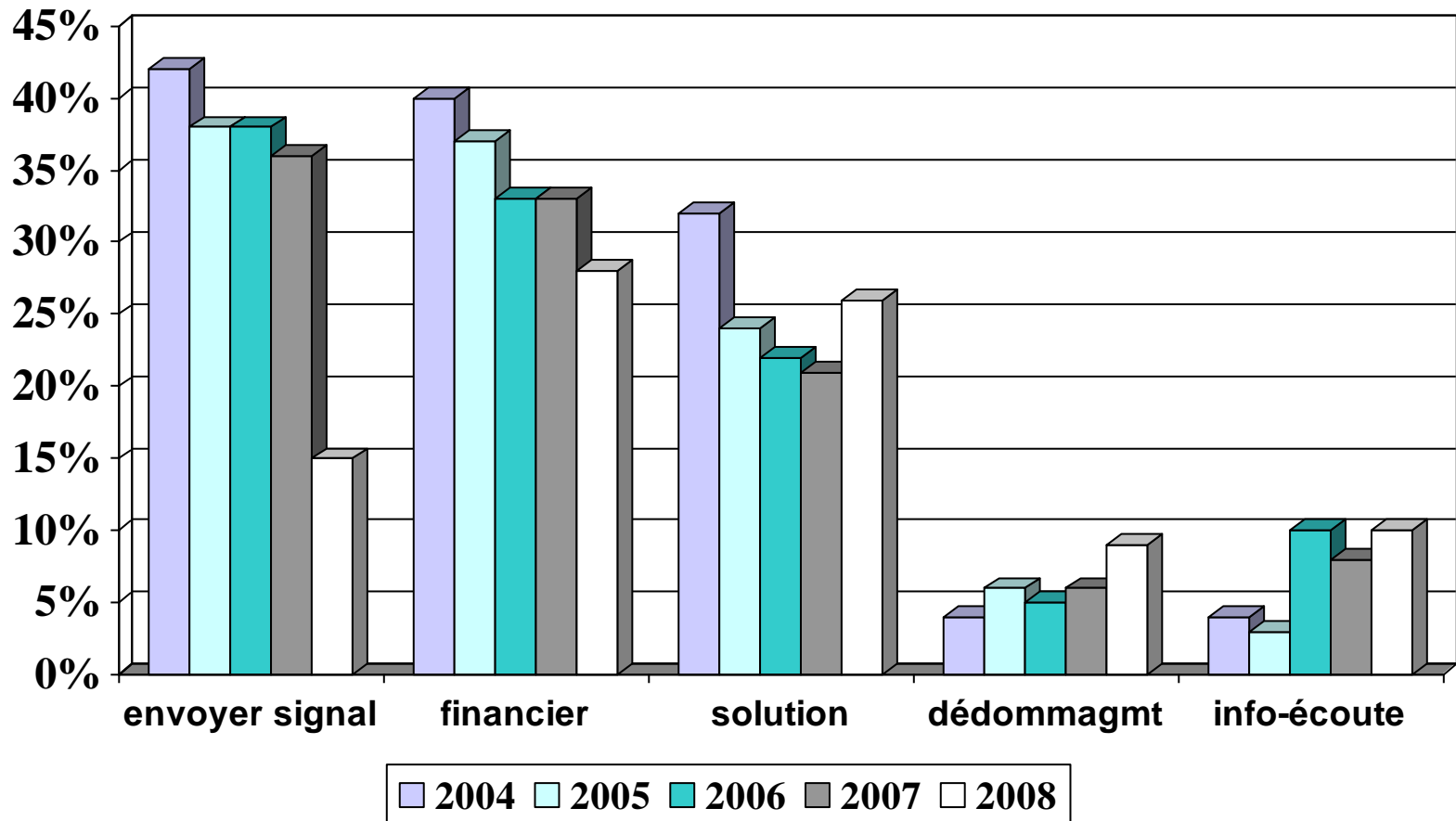
En 2009, 382 plaintes à St Luc pour 6 en radiologie

Evolution du nombre de dossiers traités en médiation

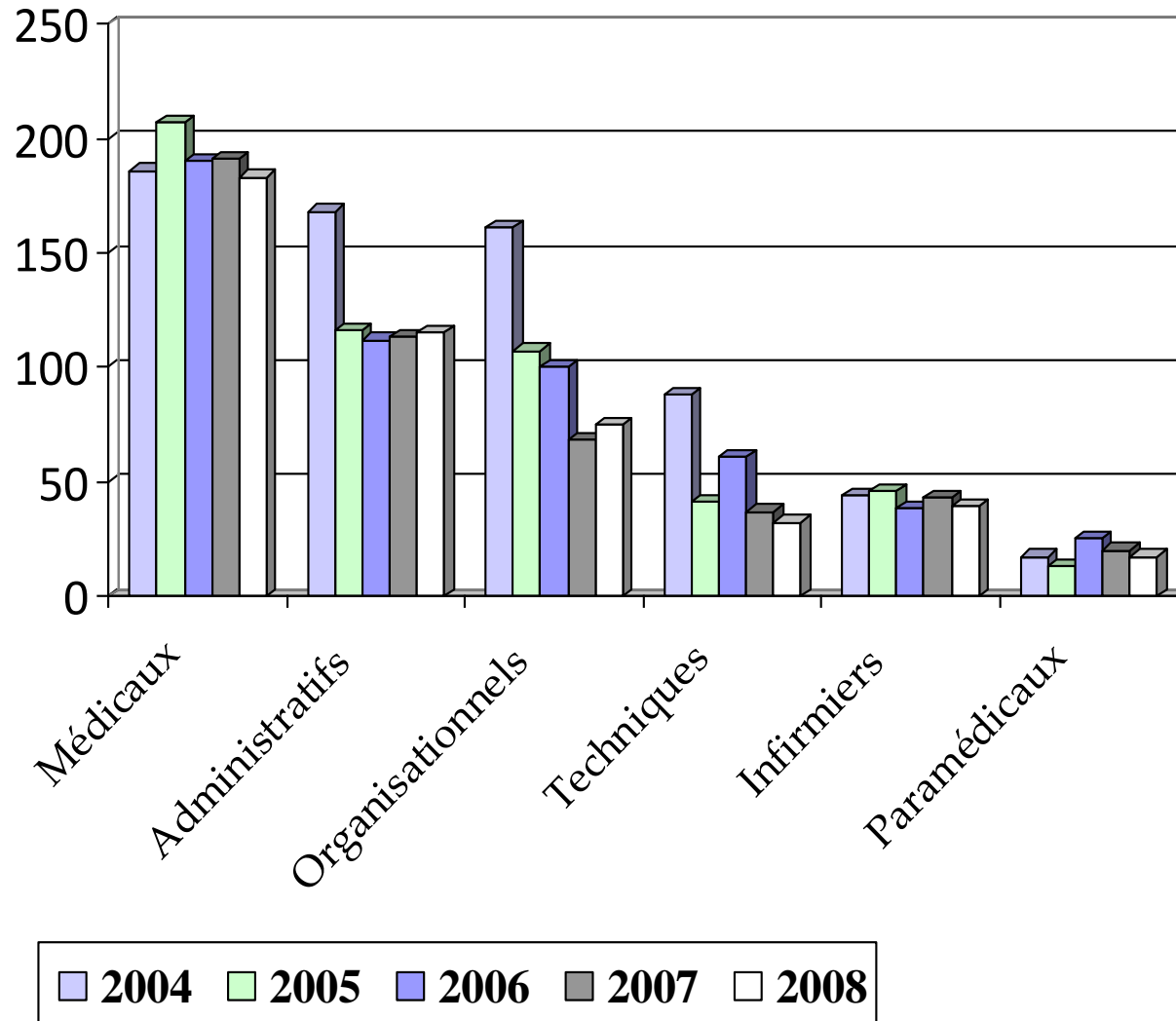


En incluant les contacts « informels » : env. 1000 dossiers/an

Quelles sont les attentes du plaignant?

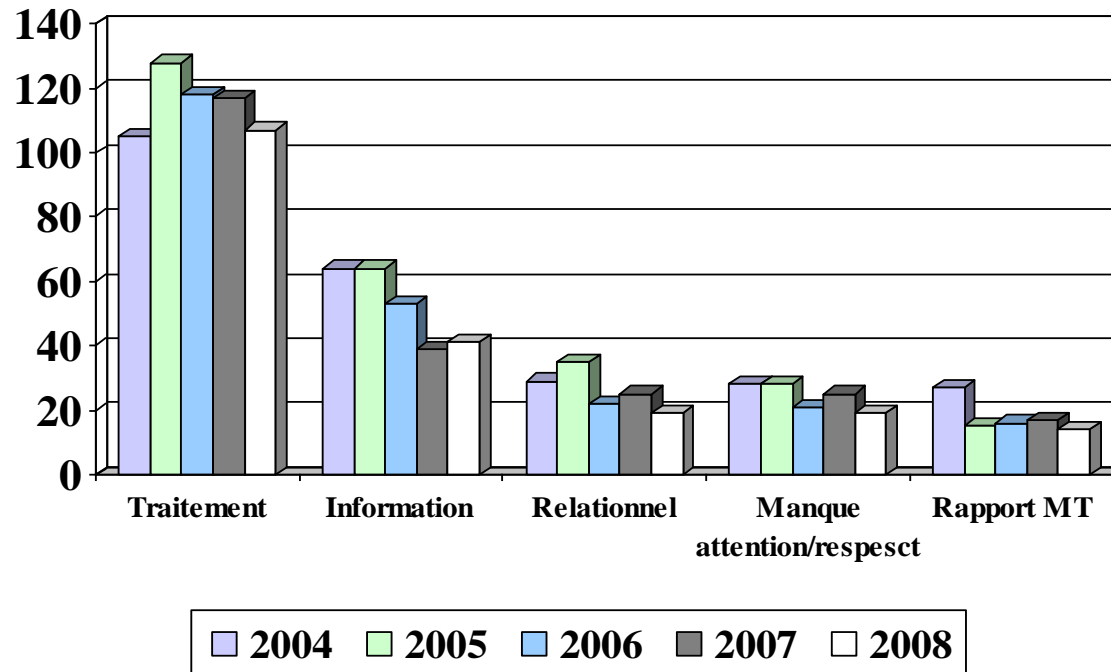


Contenus des plaintes



Contenus des plaintes

Détails des plaintes médicales

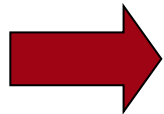
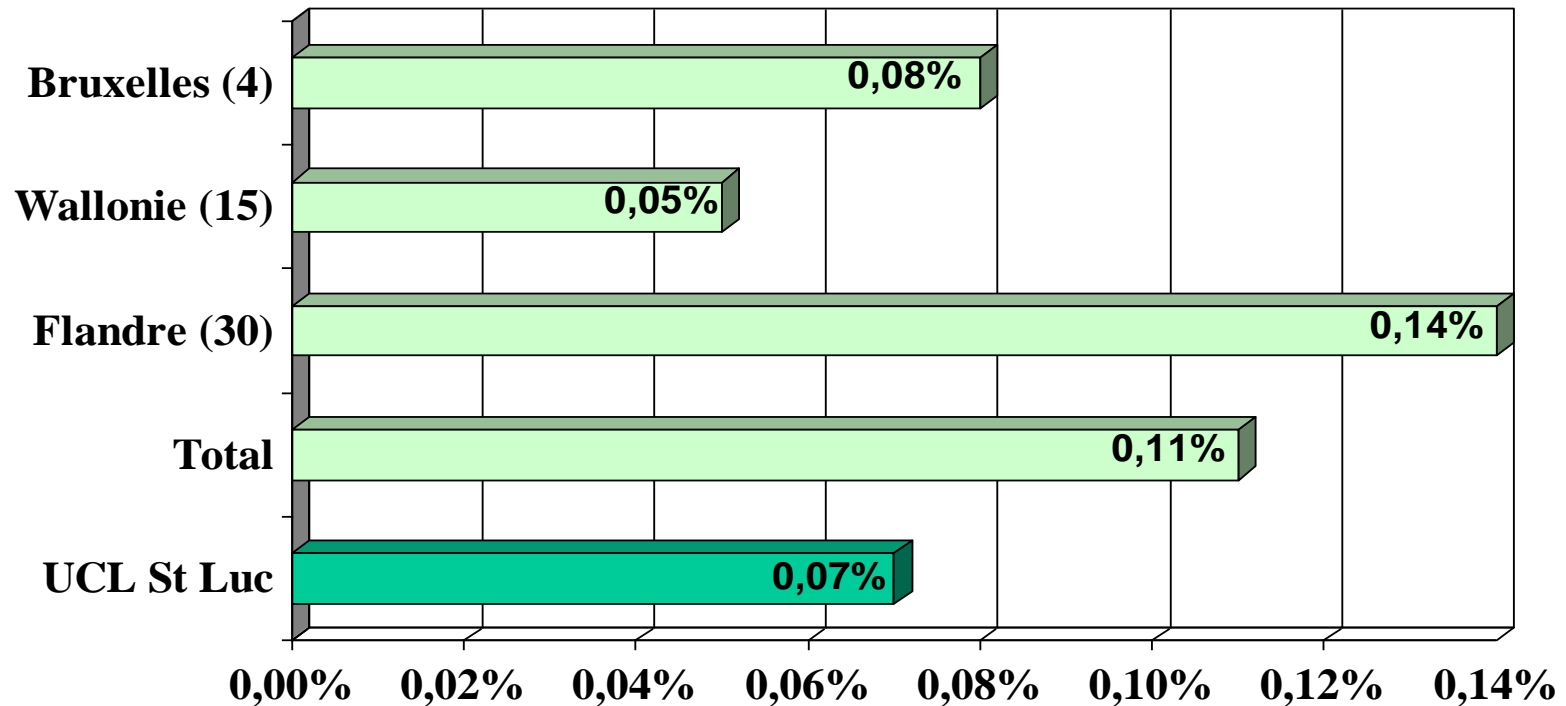


Instauration
légale du
médiateur

ans de benchmarking

Année	N hôpitaux	Contacts patients	N plaintes	Indice	
2001	5	2.930.190	2.646	0,09%	
2002	10	3.734.110	4.428	0,12%	
2003	13	3.788.602	5.467	0,14%	St Luc
2004	16	3.489.250	5.788	0,17%	0,08%
2005	19	5.081.187	6.517	0,13%	0,08%
2006	31	6.511.804	9.553	0,15%	0,07%
2007	49	10.260.392	11.007	0,11%	0,07%
2008	40	8.776.720	11.446	0,13%	0,06%
TOTAL :		44.572.255	56.852	0,13%	

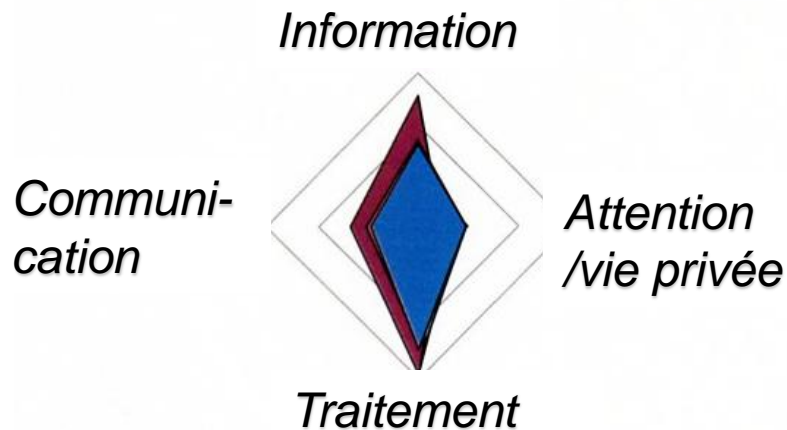
Indice de plainte entre les régions en 2007



Ceci n'est pas un indice de qualité.
La culture de la plainte est différente en Belgique FR et NL

Tendances nationales

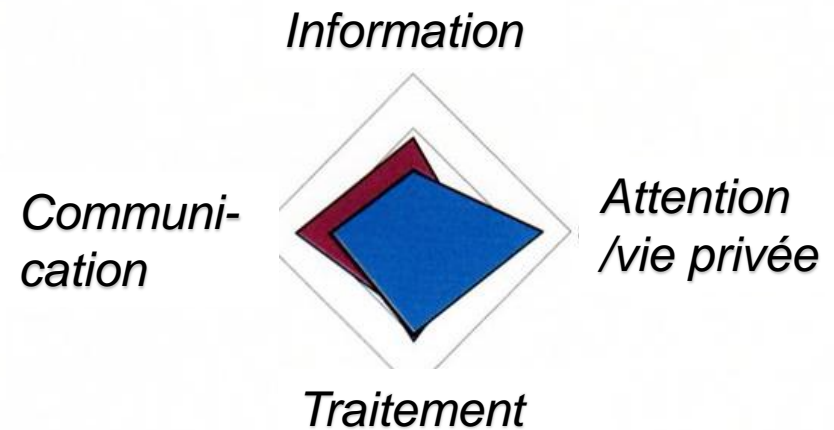
Médecins 2001-2007



Plaintes médicales portent sur le traitement

→ Attention à l'information, la communication médicale

Infirmières 2001-2007



Plaintes infirmières portent sur le relationnel

→ Attention: à la manière d'interférer avec les patients

Leçons tirées des cas pratiques

- Les choses s'empirent quand :
 - On cache la vérité, on nie l'évidence
 - On n'écoute pas l'autre (pas de place pour son vécu, son émotion...)
 - On manque de confraternité, manque de loyauté envers son employeur
 - Critiques sur confrères
 - Critiques sur autres services
 - Critiques sur l'institution

Plaintes les plus « ravageuses »



Symposium 13/10/2007 – « Docteur nous avons un problème...
ou comment rétablir la communication avec
des patients plaignants » -Prof. L. Marcus

COMMUNICATING WITH PATIENTS AFTER A PROBLEM OCCURRED IN THEIR CARE

CLEAR ☐ TRANSPARENT ☐ BLAME-FREE ☐ ATTENTIVE ☐ GENTLE

1 WHAT HAPPENED?

A jargon free, easy to digest, description of what occurred ~ understandable

2 ACKNOWLEDGEMENT

“I am very sorry about what occurred” (Not: “I am sorry about what I did.”)

3 ASSURANCE IT WON'T HAPPEN AGAIN

What is being done for you (or your family member)

What is being done in the system to assure this will not recur

4 With the above in place, the legal and monetary equation
can change