

Module 5

Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages

Les défauts d'attention peuvent avoir des conséquences désastreuses

Lors de sa première visite chez le dentiste, un garçon âgé de 3 ans est examiné par un dentiste qui n'a trouvé aucune carie. Il l'a alors confié à un hygiéniste dentaire pour un nettoyage de routine. Après le nettoyage, l'hygiéniste a utilisé un tampon d'ouate pour appliquer un gel de chlorure stanneux sur les dents de l'enfant pour prévenir l'apparition de carie.

D'après la mère, l'hygiéniste était plongé dans une conversation pendant qu'il s'occupait de son fils et il n'aurait pas dit à ce dernier, après lui avoir tendu un verre, de se rincer la bouche et de cracher la solution. Elle a déclaré que l'enfant avait bu l'eau.

L'enfant a alors commencé à vomir, transpirer et se plaindre de céphalées et de vertiges. Sa mère a fait appel au dentiste qui lui a répondu que l'enfant avait reçu un simple traitement de routine. Cette réponse ne lui convenait pas, l'enfant a été envoyé à l'unité ambulatoire de soins pédiatriques situé dans le même

immeuble. Ils y ont attendu pendant deux heures et demi. En dépit des appels à l'aide de la mère, l'état de l'enfant s'est progressivement aggravé. La mère pensait que l'enfant s'était endormi alors qu'il était tombé dans le coma.

En fin de compte, l'enfant a été vu par un médecin qui a appellé le superviseur. L'enfant a reçu une injection d'adrénaline directement dans le cœur pour essayer de le ranimer. Une ambulance a été appelée et a emmené l'enfant à l'hôpital à cinq minutes de là.

Une fois arrivés à l'hôpital, la mère et l'enfant ont attendu pendant plus d'une heure. Entre temps, l'enfant était à nouveau tombé dans le coma. Les médecins ont tenté de lui faire un lavage d'estomac mais l'enfant a fait un arrêt cardiaque et est décédé. D'après le toxicologue, l'enfant a ingéré 40 ml de solution de fluorure d'étain à 2 %, soit une quantité trois fois supérieure à la dose létale.

Source : Cas fourni par un membre du Comité d'experts de l'OMS, Paris, octobre 2010.

Introduction-Accepter la réalité des erreurs de soins

Cette étude montre les facteurs à l'origine de la mort tragique d'un garçon de 3 ans. En analysant cette étude de cas, nous pourrions mettre en évidence les nombreuses erreurs qui ont conduit à cette issue fatal et évitable, et identifier les mesures à prendre pour éviter que cela ne se reproduise. Comprendre ce qui s'est passé et comment en empêcher la récurrence constitue l'aspect le plus important de l'analyse des erreurs. C'est pour cette raison qu'il est fondamental que les étudiants en santé acquièrent des connaissances de base sur la nature de l'erreur. Tous

les professionnels de santé doivent connaître les différents types d'erreurs et comment ces dernières surviennent. C'est essentiel pour élaborer des stratégies visant à prévenir les erreurs et/ou les intercepeter avant qu'elles ne causent des dommages aux patients.

Apprendre à partir des erreurs, des siennes et de celles des autres, est un sujet tout aussi important. L'amélioration des organisations, dans l'espoir de réduire la fréquence et les conséquences des erreurs, passe nécessairement par l'analyse de celles-ci et des circonstances qui sont à leur origine. (Ce point est

abordé plus en détail dans le Module 3 : *comprendre l'organisation des systèmes et l'effet de la complexité sur les soins en santé*.



Mots-clés

Erreur, violation, presque-accident, biais rétrospectif, Analyse des Causes Racines.

Objectifs d'apprentissage

Comprendre la nature des erreurs et comment les professionnels de santé peuvent apprendre à partir des erreurs pour améliorer la sécurité des patients.

Acquis de l'apprentissage : connaissances théoriques et pratiques

Connaissances théoriques

Pour ce module, les étudiants ont besoin de comprendre, entre autre, comment on apprend à partir des erreurs. Il est fondamental de comprendre les termes *erreur, raté, lapsus, méprise, violation, presque-accident et biais rétrospectif*.

Connaissances pratiques

A la fin du cours, les étudiants devraient être capables :

- d'identifier les facteurs situationnels et personnels associés à un risque accru d'erreur ;
- de prendre part à des analyses d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) et de mettre en œuvre des stratégies visant à réduire les erreurs.

Erreurs

En termes simples, une erreur survient « lorsque quelqu'un fait mal en essayant de faire bien » [1]. En d'autres termes, il existe un écart involontaire avec ce qui était prévu. James Reason, psychologue cognitif, a énoncé cet état de fait de façon plus formelle en définissant les erreurs comme « des séquences planifiées d'activités mentales ou physiques qui ne parviennent pas à atteindre l'objectif désiré, quand ces échecs ne peuvent être attribués à l'intervention du hasard. » [2]. Des erreurs peuvent se produire lorsque l'on fait quelque chose qu'il ne fallait pas faire (erreur par commission) ou lorsque l'on ne fait pas quelque chose qu'il fallait faire (erreur par omission).

La violation n'est pas une erreur dont il faut chercher l'origine dans l'organisation. Les violations sont des erreurs causées par le non-respect délibéré d'un protocole ou d'un traitement de référence validé.

Il n'y a pas de relation directe entre la survenue d'une erreur et les conséquences pour le patient. Les étudiants auront souvent l'occasion d'observer de mauvais résultats chez des patients sans qu'aucune erreur humaine ne soit survenue. Certains traitements entraînent des complications bien connues qui peuvent se produire même avec les professionnels les plus aguerris et dans les meilleures circonstances possibles. Dans d'autres

cas, la survenue de nombreuses erreurs ne se traduit pas nécessairement par de mauvais résultats dès lors que les erreurs sont identifiées à temps et que des mesures appropriées sont prises visant à pallier les dommages susceptibles d'avoir été causés. Parfois, comme mentionné dans le Module 3, les patients eux-mêmes sont résilients et s'en sortent bien malgré les erreurs commises car leur organismes ou leur système immunitaire a résisté aux traitements inappropriés.

Il est important de souligner que la notion de résultat n'est pas incluse dans la définition de l'erreur alors même que le résultat (généralement fâcheux) est souvent ce qui attire notre attention sur le fait qu'une erreur est survenue. En effet, la plupart des erreurs en matière de soins de santé sont sans conséquence pour le patient car elles sont récupérées avant qu'un dommage ne survienne. Il ne fait néanmoins aucun doute qu'a posteriori, le résultat obtenu influence notre perception de l'erreur. Cela est le plus souvent dû au phénomène appelé « biais rétrospectif » dans lequel la connaissance du résultat d'une situation oriente l'idée que nous nous faisons (généralement de façon négative) de la prise en charge qui aurait dû être suivie. [2].

L'inévitabilité des erreurs est une réalité fondamentale du quotidien. Il suffit de repenser à la dernière « erreur bête » que l'on a faite dans sa vie de tous les jours pour s'en convaincre (voir Module 2 : *Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients*).



Les professionnels de santé doivent être conscients que les processus cognitifs qui les conduisent à faire des « erreurs » en-dehors du travail interviennent également lorsqu'ils travaillent. Toutefois, dans le cadre professionnel, les conséquences sont tout à fait différentes.

Les termes *d'erreur médicale ou erreur de soins* sont légèrement tendancieux dans la mesure où ils peuvent donner l'impression que les types d'erreurs qui se produisent dans les soins de santé n'existent que dans ce secteur. Ce n'est pas le cas. Les types d'erreurs observés en santé ne sont pas différents des ceux rencontrés dans d'autres secteurs d'activité. Ce qui est spécifique dans le domaine de la santé, c'est l'existence d'une culture de l'inaffabilité niant la prévalence de l'erreur. Une autre spécificité des erreurs associées aux soins est en relation avec le fait que c'est le patient qui va en subir les conséquences.

Deux grands types d'échecs entraînent des erreurs : lorsque les actions ne se déroulent pas comme prévu ou lorsque l'action prévue n'est pas la bonne [3]. Dans le premier cas, on parle d'erreur d'exécution. Il peut s'agir soit d'un *raté* si l'action est observable, soit d'un *lapsus* si elle ne l'est pas. Appuyer accidentellement sur le mauvais bouton d'un

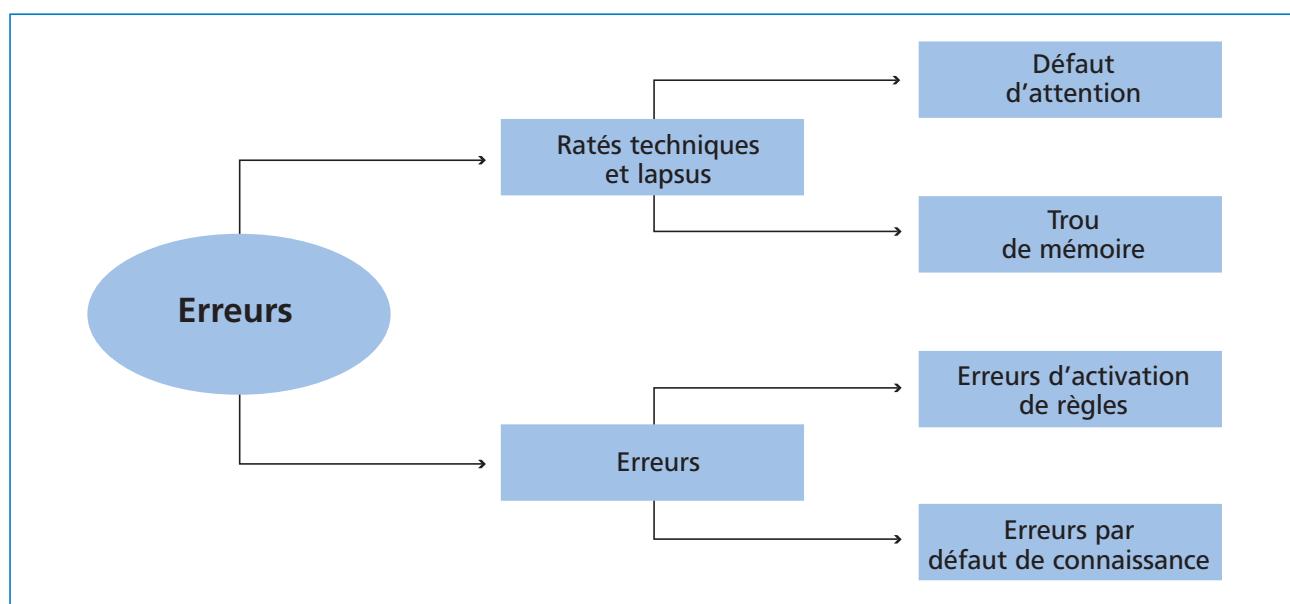
dispositif est un exemple de raté. Le trou de mémoire, comme oublier d'administrer un médicament, est un exemple de lapsus.

Un échec qui survient lorsque l'action prévue n'est, en réalité, pas la bonne est appelé une *erreur*. Une erreur est un défaut de planification (quand le plan est mauvais). Il peut s'agir d'une erreur d'activation de règles, lorsque la mauvaise règle est appliquée, ou

d'une erreur par défaut de connaissance, lorsqu'un clinicien ne prend pas les bonnes mesures. Poser le mauvais diagnostic et, par conséquent, mettre en place un traitement erroné, est un exemple d'erreur par mauvaise utilisation d'une règle. Les erreurs par défaut de connaissance tendent à survenir lorsque les professionnels de santé sont confrontés à des situations cliniques qu'ils ne connaissent pas (voir Figure B.5.1 ci-dessous).

Figure B.5.1. Les principaux types d'erreurs

11



Source : Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000 [4].

Les ratés, les lapsus et les méprises sont des erreurs potentiellement dangereuses pour les patients. Le risque potentiel de dommage dépend du contexte dans lequel l'erreur se produit.

Les situations qui augmentent la probabilité d'erreurs et les stratégies personnelles de réduction des erreurs sont décrites dans le Module 2 : *Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients*. Certains principes généraux relatifs à la réduction des erreurs sont énoncés plus bas. James Reason a également mis en avant le concept de « culture de l'erreur » [4] pour les professionnels qui travaillent en première ligne. Ce concept permet d'évaluer le risque existant dans différents contextes en fonction de l'état actuel de la personne impliquée, de la nature du contexte et du risque d'erreur associé à la tâche à accomplir.

→ M2

Situations associées à un risque accru d'erreur

12

De nombreuses études ont montré que, dans

certaines circonstances, les étudiants et les cliniciens débutants sont particulièrement vulnérables aux erreurs.

Manque d'expérience

Il est particulièrement important que les étudiants ne pratiquent pas un acte sur un patient ou administrent un traitement pour la première fois sans une préparation adaptée. Les étudiants doivent tout d'abord comprendre ce qu'ils font et s'entraîner sur un mannequin ou tout autre accessoire dans le cadre d'une simulation. S'il s'agit de sa première expérience, l'étudiant(e) devrait être correctement supervisé(e) et surveillé(e) pendant l'intervention ou le traitement.

Les étudiants occupent une place privilégiée. Les patients savent que les étudiants ont des connaissances limitées. Ils comprennent qu'ils sont en phase d'apprentissage. C'est pourquoi il est primordial qu'ils ne prétendent pas avoir plus d'expérience qu'ils n'en ont en réalité, ni qu'ils laissent d'autres personnes les présenter ainsi.

Manque de temps

Les contraintes liées au temps incitent les professionnels à prendre des raccourcis dangereux qu'ils ne devraient pas prendre. Par exemple : ne pas prendre le temps de se laver les mains correctement, ou pour un pharmacien ne pas prendre le temps de donner les conseils appropriés concernant la prise d'un médicament et pour une sage-femme, ne pas bien expliquer les différents stades de l'accouchement à une femme.

Vérification inappropriée

Une simple vérification peut éviter à des milliers de patients de recevoir les mauvais médicaments. Les pharmaciens vérifient systématiquement les médicaments et aident les autres membres de l'équipe soignante à s'assurer que chaque patient reçoit le bon médicament à la bonne posologie et par la bonne voie d'administration. Les étudiants (médecins, dentistes, sages-femmes) devraient établir de bonnes relations avec les pharmaciens et le personnel infirmier qui ont l'habitude de procéder à des vérifications systématiques dans le cadre de leur travail. La vérification est un processus simple que les étudiants peuvent mettre en pratique dès leur arrivée dans un environnement clinique ou un milieu de soins communautaire.

Procédures défectueuses

Plusieurs facteurs peuvent intervenir : une préparation inappropriée, une équipe qualitativement ou quantitativement inadéquate et/ou une attention insuffisante envers un patient en particulier. Des étudiants peuvent être amenés à utiliser un appareil sans savoir totalement ni comment il fonctionne ni comment l'utiliser. Les étudiants devraient se familiariser avec le matériel avant de l'utiliser pour la première fois. Il est très instructif de regarder quelqu'un utiliser un matériel puis de discuter avec cette personne de la manière de l'utiliser.

Information inadéquate

C'est en consignant correctement les détails relatifs au patient, en temps opportun et lisiblement dans le dossier du patient (dossier médical, ordonnance ou toute autre méthode employée pour conserver les informations du patient) que chaque professionnel de santé peut garantir la qualité continue des soins et des traitements. Il est fondamental que les étudiants vérifient systématiquement les informations enregistrées et veillent à ce qu'elles soient lisibles, précises et à jour. Les informations erronées ou inappropriées constituent souvent des facteurs contributifs aux événements indésirables. Une bonne transmission orale des informations est également essentielle. Un très grand nombre de professionnels interviennent dans les soins aux patients. Par conséquent, il est primordial que les communications orales et écrites soient exactes et vérifiées.

Facteurs individuels qui prédisposent les étudiants (et d'autres professionnels de santé) aux erreurs

Outre les situations connues pour être propices aux erreurs, il existe également des facteurs individuels qui prédisposent aux erreurs.

Capacité de mémorisation limitée

La perception que les étudiants ont d'eux-mêmes dans la profession qu'ils ont choisie et l'organisation hiérarchique de leur lieu de travail peut influencer leur volonté de demander de l'aide et leur assurance pour le faire. Il est tout à fait normal que les étudiants demandent de l'aide. Pourtant, pour bon nombre d'entre eux, cette démarche représente toujours un véritable défi. Ainsi, leur capacité à reconnaître leurs limites peut s'en trouver affectée. Le manque de confiance en soi peut être un important facteur dans la décision de demander ou non de l'aide pour maîtriser une nouvelle compétence. Si les étudiants n'ont pas envie de demander de l'aide pour des tâches simples ou ne sont pas suffisamment sûr d'eux pour le faire, le seront-ils lorsqu'ils se trouveront dans une situation difficile ?

Apprendre à demander de l'aide est une compétence essentielle pour tous les étudiants et les cliniciens débutants. Des chercheurs ont étudié le degré de préparation des étudiants en médecine et en soins infirmiers à la pratique clinique. Ces études ont montré qu'un grand nombre d'étudiants en médecine diplômés ont, pendant leurs premières années, des carences au niveau des compétences cliniques de base. Pour le personnel infirmier, la première année de pratique est également placée sous le signe du stress et de compétences inadéquates. Cela pourrait être lié à une réticence à demander de l'aide quand ils faisaient leurs études. La compréhension des signes fondamentaux d'une maladie aigüe, d'une obstruction des voies respiratoires, du bien-être foetal et maternel et de la réanimation cardio-pulmonaire étaient autant d'exemples de domaines spécifiques dans lesquels les jeunes médecins avaient des connaissances et des compétences inadaptées.

Nombreux sont les étudiants qui pensent qu'être capable de tirer des informations techniques des manuels fera d'eux des bons professionnels de santé. Ce n'est pourtant pas le cas. La quantité d'informations que beaucoup de professionnels de santé sont tenus de connaître aujourd'hui dépasse largement leurs capacités de mémorisation. Le cerveau humain n'est capable de retenir qu'une quantité limitée d'informations. Les étudiants ne devraient pas compter sur leur seule mémoire, en particulier lorsqu'une prise en charge d'un patient comporte de nombreuses étapes. Des recommandations et des protocoles ont été élaborés en vue d'aider les professionnels de santé à fournir des soins et des services selon les meilleures preuves disponibles. Les étudiants devraient prendre l'habitude d'utiliser des check-lists plutôt que de s'appuyer sur leur mémoire.

Fatigue

La fatigue affecte la mémoire. Elle est un facteur connu d'erreurs impliquant les professionnels de santé. Conscients des problèmes liés à la fatigue, de nombreux pays ont déjà modifié le nombre excessif d'heures travaillées par les médecins ou sont en passe de le faire [5]. Le lien entre le manque de sommeil des internes, dû aux longues gardes et à l'interruption des rythmes circadiens, et leur bien-être a été établi il y a trente ans mais ce n'est que récemment que les gouvernements et les autorités de réglementation ont pris au sérieux la limitation du temps de travail. Une étude de 2004 de Landrigan *et al.* [6] était l'une des premières à mesurer les effets de la privation de sommeil sur les erreurs médicales. Elle a montré que les internes qui travaillent au sein de l'unité de soins intensifs et celle de soins coronariens du Brigham and Women's Hospital (Boston, Massachusetts, États-Unis) commettaient des erreurs substantiellement plus graves lorsqu'ils effectuaient souvent des gardes de 24 heures ou plus par rapport à ceux qui faisaient des gardes plus courtes. D'autres études ont révélé que le manque de sommeil peut avoir des effets similaires à l'intoxication alcoolique [7-9]. Des problèmes liés au personnel infirmier qui travaille pendant 12 heures et l'utilisation des heures supplémentaires obligatoires, ainsi que le fait que ces pratiques peuvent entraîner une augmentation des erreurs, ont été documentés dans la littérature.

Stress, faim et maladie

Lorsque les étudiants se sentent stressés, malades ou lorsqu'ils ont faim, ils ne travaillent pas aussi bien. Il est très important que les étudiants surveillent leur propre santé et veillent à leur bien-être. Ils doivent garder à l'esprit le fait que s'ils se sentent mal en point ou stressés, ils sont plus susceptibles de faire des erreurs. L'épuisement professionnel chez les infirmier(ères) débutant(e)s a causé des erreurs et poussé des jeunes recrues à abandonner la profession. Le stress et l'épuisement professionnel sont liés.

Il existe plusieurs moyens mnémotechniques pour aider les étudiants à se surveiller. L'acronyme anglais HALT en est un.



Vérifiez si vous :

avez faim (Hungry)

H

êtes énervé (Angry)

A

êtes en retard (Late)

L

êtes fatigué (Tired)

T

L'acronyme IM SAFE est un autre moyen de mémorisation pour l'autosurveilance.



Illness (indisposition)

I

Medication (médicaments,

M

sur ou sans ordonnance)

S

Stress (stress)

A

Alcohol (alcool)

F

Fatigue (fatigue)

E

Emotion (émotion)

Facteurs linguistiques et culturels

Le risque d'erreurs de communication causées par des facteurs linguistiques et culturels est évident. Néanmoins, nombreuses sont les interactions entre les patients et les professionnels de santé qui s'en occupent à avoir lieu sans interprète ou langue commune. Les étudiants devraient apprendre à mesurer les problèmes causés par les barrières linguistiques et les incompréhensions liées à des cultures différentes. L'alphabetisme est également un point important à garder à l'esprit. Les professionnels de santé doivent arriver à déterminer la mesure dans laquelle les patients et leurs soignants sont capables de comprendre des instructions écrites.

Comportements dangereux

Les étudiants qui pratiquent sans supervision une procédure ou une intervention sur un patient peuvent être considérés comme faisant preuve d'un comportement dangereux. Ces étudiants recherchent davantage la pratique et l'expérience que le bien-être de leurs patients. Les étudiants devraient toujours se rappeler que le contact avec les patients est un honneur qu'il ne faut pas prendre pour acquis.

Comment apprendre à partir des erreurs ?

Gestion des événements indésirables associés aux soins



La gestion et la surveillance des événements indésirables associés aux soins (EIAS) suppose de recueillir et d'analyser des informations concernant un événement qu'il ait ou non causé un dommage au patient dans un milieu de soins. Un système de gestion des EIAS est un élément essentiel permettant à une organisation d'apprendre à partir de ses erreurs. Les leçons apprises grâce à la déclaration et l'analyse des EIAS permettent à l'organisation d'identifier et d'éliminer les « pièges ». (De plus amples informations relatives à la responsabilité organisationnelle dans la surveillance des incidents sont présentées dans le Module 6 : *comprendre et gérer le risque clinique*.)



Les EIAS sont traditionnellement sous-déclarés, souvent parce que l'approche culpabilisante des EIAS continue de prévaloir en santé. En effet, les infirmier(ères), pharmaciens, médecins, dentistes et sages-femmes qui interviennent en première ligne – et qui le plus souvent sont ceux qui peuvent déclarer l'EIAS – sont également critiqués pour leur rôle dans celui-ci. Comme mentionné plus haut, la situation est fréquemment exacerbée par la présence d'un biais rétrospectif. L'approche culpabilisante est contre-productive à bien des niveaux. (Voir Module 3 : *Comprendre l'organisation des systèmes et l'effet de la complexité sur les soins en santé*.)



La fréquence des signalements et la façon dont les incidents sont analysés, que ce soit par une approche systémique ou culpabilisante, dépendent largement

de la gouvernance et de la culture d'une organisation. Ces dernières années, l'importance de la culture organisationnelle dans les soins de santé a fait l'objet d'une attention accrue [10], faisant ainsi écho aux leçons apprises en matière de sécurité des systèmes dans d'autres secteurs d'activité. Il existe probablement une corrélation entre la culture organisationnelle d'un établissement de soins et la sécurité des patients qui y sont traités.

Une culture organisationnelle reflète les valeurs partagées et les croyances qui interagissent avec la structure de l'organisation pour produire des comportements [11]. Les organisations qui ont une forte culture de la déclaration sont bien placées pour apprendre à partir des erreurs car les membres du personnel se sentent en confiance pour faire part des problèmes réels ou potentiels, sans crainte du ridicule ou de la réprimande. Les étudiants et les cliniciens débutants font partie intégrante de la culture de l'organisation. Ils peuvent avoir l'impression de ne pas peser suffisamment pour changer ou influencer les choses dans leur environnement de travail mais ils peuvent eux aussi chercher des moyens d'améliorer le système. Par exemple, ils peuvent tout simplement faire preuve de respect envers les autres membres de l'équipe soignante, y compris les patients, lors des discussions relatives à la prise en charge, ou proposer une tasse de café à leurs collègues si eux-mêmes s'en préparent une. Pour aider à faire évoluer la culture, les

19

20

étudiants peuvent également éviter de montrer du doigt les personnes impliquées dans un événement indésirable. Si un étudiant entend des membres du personnel parler de quelqu'un qui a commis une erreur, il peut orienter la discussion sur les facteurs sous-jacents ayant pu y contribuer.

La déclaration anonyme, le retour d'informations dans les temps, la reconnaissance publique des succès de la gestion des EIAS et de la déclaration des presque-accidents constituent également des stratégies efficaces en termes de gestion et de surveillance des EIAS [7]. La déclaration des presque-accidents s'avère également utile dans la mesure où les presque-accidents constituent des « avertissements sans frais pour le patient ». En effet, suite à l'enquête, des améliorations du système peuvent être effectuées et le patient n'aura subi aucun dommage.

21

Analyse des Causes Racines 22
Voir également le Module 7 : Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins. → M7

Un certain nombre de modèles ont été mis au point à l'aide des principes de l'Analyse des Causes Racines. L'un deux, appelé *le protocole de Londres*, a été conçu par Charles Vincent et ses collègues. Il s'agit d'un modèle facile à comprendre qui guide l'équipe à travers toutes les étapes d'une enquête clinique. Voir l'Encadré B.5.1 pour une description de ces étapes.

Encadré B.5.1. Le protocole de Londres

Détails d'une procédure d'enquête

Quels EIAS devraient faire l'objet d'une enquête ?

Examiner le dossier du patient

Cerner le problème

Interroger le personnel

Comment est-ce arrivé ? – identifier les problèmes de soins
Pourquoi est-ce arrivé ? – identifier les facteurs contributifs

Analyse de cas

Si le protocole est systématiquement suivi et si l'interrogatoire et l'analyse sont rigoureusement conduits, le rapport de l'EIAS ainsi que ses implications devraient ressortir de l'analyse de façon relativement simple. Une fois terminée, l'analyse génère un résumé clair du problème et des circonstances qui l'ont provoqué et met bien en évidence les lacunes du processus de soins. La dernière partie du rapport se penche sur les implications de l'EIAS sur le service ou l'organisation concerné(e) et recommande les mesures correctives à mettre en place.

Source : Vincent C et al. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *British Medical Journal*, 2000, 320: 777–781.

Le Veterans Affairs National Center for Patient Safety (Centre national des anciens combattants pour la sécurité des patients) du département américain des Anciens combattants a conçu un autre modèle qui utilise également une approche structurée de l'Analyse des Causes Racines afin d'évaluer et d'analyser les EIAS graves, d'une part, et d'améliorer le système pour éviter qu'ils ne se reproduisent, d'autre part [12]. Tous les modèles d'examen rétrospectif posent les questions suivantes [1] :

- Que s'est-il passé ?
- Qui était impliqué ?
- Quand est-ce arrivé ?
- Où est-ce arrivé ?
- Quel était le degré de gravité du dommage réel ou potentiel ?
- Quelle est la probabilité de récidive ?
- Quelles ont été les conséquences ?

L'Analyse des Causes Racine se concentre sur le système et non sur le professionnel de santé. Elle considère l'EIAS à l'origine du dommage causé au patient comme une défaillance du système. Dans le système du Veterans Affairs National Center for Patient Safety (VA), ainsi que ceux utilisés en Australie et partout ailleurs, une hiérarchisation de la gravité est utilisée pour trier les EIAS déclarés afin de garantir que ceux qui présentent les risques les plus sérieux soient pris en charge en priorité.

Le modèle d'Analyse des Causes Racines est axé sur la prévention et non sur la culpabilisation ou la sanction. (Lorsque l'on veut mettre l'accent sur la responsabilité des personnes impliquées, d'autres modèles sont employés.) Ce type d'analyse s'intéresse aux vulnérabilités systémiques, pas aux performances individuelles. Ce modèle examine plusieurs facteurs tels que la communication, la formation, la fatigue, le calendrier des tâches/activités et du personnel, l'environnement, le matériel, les règles, les politiques de santé et les barrières.

Les caractéristiques d'une Analyse des Causes Racines incluent [13] :

- une analyse par une équipe interprofessionnelle au courant des processus impliqués dans l'événement ;
- une analyse des systèmes et des processus plutôt que des performances individuelles ;
- une analyse approfondie qui pose les questions « quoi ? » et « pourquoi ? » jusqu'à ce que tous les aspects du processus soient étudiés et tous les facteurs contributifs envisagés ;
- l'identification de modifications potentielles à apporter aux systèmes ou aux processus afin d'améliorer les performances et de réduire la probabilité de survenue d'événements indésirables ou de presque-accidents similaires à l'avenir.

Stratégies visant à réduire les erreurs

Les étudiants peuvent immédiatement commencer à mettre en pratique des comportements de réduction



des erreurs en prenant soin d'eux-mêmes. Les étudiants devraient :

- savoir quand ils sont fatigués ;
- se familiariser avec leur environnement de travail ; et
- être prêts à affronter les situations ordinaires sachant que des événements inhabituels peuvent se produire.

Nous sommes conscients que personne ne peut tout savoir sur tout. Par conséquent, il faut que les étudiants s'habituent à poser des questions lorsqu'ils ignorent quelque chose d'important qui a trait à leurs patients. Voici quelques stratégies personnelles de réduction des erreurs que les étudiants peuvent employer :

- prendre soin de soi (manger et dormir correctement, se soigner) ;
- connaître son environnement ;
- connaître sa/ses tâche(s) ;
- se préparer et planifier (*que faire si...?*) ;
- intégrer des vérifications à ses tâches quotidiennes ;
- demander lorsqu'on ne sait pas.

Les étudiants devraient partir du principe que des erreurs vont se produire. Pour beaucoup, cela marquera un véritable changement car, dans certaines cultures, on continue de penser que les professionnels de santé qui commettent des erreurs sont mauvais ou incompétents. Les étudiants devraient se préparer à la survenue d'erreurs. Cela inclut d'identifier les circonstances les plus susceptibles de conduire à des erreurs (comme les périodes à haut risque).

Par exemple, les recherches ont identifié des situations au cours desquelles le risque que les étudiants infirmiers commettent des erreurs pendant l'administration de médicaments augmente [14]. Ces situations incluent :

- une posologie et/ou une fréquence d'administration inhabituelles ;
- l'enregistrement non standard ou incorrect des informations ;
- l'absence d'enregistrement des médicaments administrés ;
- des ordonnances partiellement respectées ;
- l'interruption des traitements médicamenteux ;
- des problèmes de surveillance. Par exemple, les étudiants doivent vérifier les signes vitaux avant d'administrer un médicament ;
- l'utilisation de liquides réservés à une administration orale mais donnés par voie parentérale.

Il est important d'avoir des plans de secours pour faire face aux problèmes, aux interruptions et aux distractions. Les étudiants devraient toujours répéter mentalement les procédures complexes ou toute autre activité impliquant un patient qu'ils pratiquent pour la première fois.



Résumé

- L'erreur médicale est un phénomène complexe, inévitable et lié à la nature humaine . Les conseils énumérés ci-dessous pour limiter les erreurs potentielles causées par les humains ont fait leurs preuves [15].
- Éviter de compter sur sa mémoire.
 - Simplifier les processus.
 - Standardiser les procédures et les processus communs.
 - Utiliser systématiquement des check-lists.
 - Réduire la dépendance à la vigilance.

Voir également la discussion du Module 2 : *Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients.*



La déclaration et l'analyse des événements indésirables associés aux soins permettent, à partir des erreurs commises, d'apprendre aussi bien à un niveau individuel qu'au niveau d'une organisation. Les barrières à l'apprentissage par l'erreur sont constituées par l'existence d'une culture de la faute qui prend en compte une approche culpabilisante et rétrospective. Développer une organisation apprenante et faire changer le système nécessitent une approche systémique générale.

L'Analyse des Causes Racines est une approche systémique structurée de l'analyse des événements indésirables associés aux soins, généralement réservée aux dommages les plus graves ayant atteint les patients. Les étudiants ne pourront sans doute observer ou participer à un processus d'Analyse des Causes Racines qu'en de rares occasions. Les professionnels de santé fraîchement diplômés devraient pourtant essayer d'y prendre part.

Stratégies et formats d'enseignement

Exercices de simulation

Différents scénarios peuvent être imaginés concernant des EIAs et la nécessité de déclarer et d'analyser les erreurs. Il est possible de faire des exercices pratiques visant à montrer les erreurs à éviter. En outre, il conviendrait d'encourager les étudiants à s'exercer aux stratégies de gestion des erreurs.

Exposé interactif/didactique

Les diaporamas ci-joints pourront vous guider afin de couvrir l'ensemble du module. Il est possible d'utiliser les présentations PowerPoint ou de les convertir en diapositives pour rétroprojecteur. Commencez la session par une étude de cas issue de la Banque d'études de cas ou demandez aux étudiants d'identifier certaines des erreurs qu'ils ont récemment commises.

Discussion en petits groupes

Un petit groupe de discussion pourrait se concentrer sur les erreurs qui se produisent fréquemment sur le lieu de travail. Vous pouvez également demander à

un ou plusieurs étudiants de mener une discussion sur les domaines couverts dans le module. Pour ce faire, les étudiants peuvent suivre l'ordre des titres tels qu'ils apparaissent et présenter le document. Le tuteur animant cette session devrait également être familiarisé avec son contenu afin de pouvoir y ajouter des informations relatives au système de santé local et à l'environnement clinique.

Autres activités d'enseignement

Il existe différentes méthodes pour lancer une discussion sur les domaines du module, notamment :

- demander aux étudiants de tenir un journal dans lequel ils parlent d'une erreur ou d'un presque-accident qu'ils ont observé (noter ce qu'il s'est passé, classer le type d'erreur, formuler des recommandations sur la façon d'empêcher qu'une situation similaire se reproduise) ;
- choisir une des études de cas présentées plus haut pour servir de base à une discussion concernant les erreurs les plus courantes en matière de soins de santé ;
- utiliser des exemples publiés/diffusés dans les médias ;
- utiliser des cas anonymisés issus de votre établissement ou cabinet ;
- utiliser une étude de cas en vue d'inciter les étudiants à faire du brain-storming (ou du remue-méninges) sur les erreurs possibles et les facteurs associés ;
- emprunter des exemples de leçons apprises à partir des erreurs et des défaillances systémiques touchant d'autres industries ;
- inviter un professionnel d'une autre discipline, comme l'ingénierie ou la psychologie, afin de discuter de la théorie de la causalité des erreurs, des cultures de la sécurité et du rôle de la déclaration des erreurs dans la sécurité ;
- inviter des professionnels de santé expérimentés et respectés à parler des erreurs qu'ils ont commises ;
- demander à la personne chargée de l'amélioration de la qualité dans un hôpital de s'adresser aux étudiants au sujet de la collecte des données, de l'analyse et des résultats ainsi que des rôles des différents membres du personnel dans le processus d'amélioration de la qualité ;
- inviter un responsable de la qualité et de la sécurité à parler des systèmes existants qui visent à minimiser les erreurs et à gérer les événements indésirables dans une structure/un système particulier ;
- discuter des différences entre les défaillances systémiques, les violations et les erreurs (voir Module 4) ;
- utiliser une étude de cas pour analyser les différents moyens de gérer un événement indésirable ;
- participer à, ou observer, une Analyse des Causes Racines.

Activités pour les étudiants sur leur lieu de travail ou lors des stages cliniques

Il est possible de demander aux étudiants :

- d'assister à une Analyse des Causes Racines ;
- de découvrir si leur établissement de soins organise des revues de morbidité-mortalité ou d'autres groupes d'analyse par les pairs dans lesquels les EIAs sont examinés ;
- de discuter entre eux des erreurs observées dans leur environnement de travail au moyen d'une approche non basée sur la réprobation. Demander aux étudiants d'identifier les erreurs mais également les stratégies visant à les prévenir ;
- de choisir un milieu clinique ou de thérapeutique dans lequel ils sont en formation et de se renseigner sur les principaux types d'erreurs commises dans ce domaine et les mesures à prendre pour minimiser les erreurs et en tirer les enseignements qui s'imposent.

Études de cas

Alerte concernant l'administration de vincristine

Les études de cas qui suivent portent sur l'administration de vincristine et les effets indésirables qui peuvent y être associés.

Hong Kong, 7 juillet 2007

Une femme de 21 ans est décédée suite à l'administration de vincristine par erreur par voie rachidienne. Une enquête est en cours. La vincristine (et tous les vinca-alcaloïdes) ne doit être administrée que par voie intraveineuse au moyen d'une poche à perfusion. La vincristine, un agent chimiothérapeutique largement utilisé, ne peut être administrée que par voie intraveineuse et jamais par une autre voie. Dans le cadre de leur protocole thérapeutique, de nombreux patients traités par vincristine reçoivent également d'autres médicaments par voie rachidienne. Cela conduit à des erreurs où la vincristine est administrée par cette voie. Depuis 1968, cette erreur a été signalée 55 fois dans différents établissements du monde. Des mises en garde répétées ont été lancées et des exigences et des normes en matière d'étiquetage ont été adoptées. Cependant, les erreurs associées à l'administration accidentelle de vincristine par voie rachidienne continuent de se produire.

Autres décès et presque-accidents récents :

États-Unis, novembre 2005

Un homme de 21 ans est traité pour un lymphome non hodgkinien. Une seringue contenant de la vincristine destinée à un autre patient est, par mégarde, placée auprès du patient. Un médecin a administré la vincristine par voie rachidienne en pensant qu'il s'agissait d'un autre médicament. L'erreur n'a pas été identifiée et, trois jours plus tard, le patient est décédé.

Espagne, octobre 2005

Une femme de 58 ans est traité pour un lymphome non hodgkinien. Une seringue de 20 ml de vincristine est préparée et livrée dans un paquet contenant deux autres médicaments dont du méthotrexate. La voie d'administration n'était pas indiquée sur les différentes solutions. Le traitement intrathécal a été administré à midi. L'hématologue était particulièrement a demandé de l'aide à un autre médecin qui n'avait pas récemment participé à des procédures d'injection intrathécale. Le médicament a été livré dans la chambre du patient. L'infirmier(ère) qui assistait ne connaissait pas bien les injections intrathécales. La seringue de 20 ml de vincristine a été remise au médecin qui a commencé à l'injecter. Après avoir injecté 2 ml environ, le médecin a remarqué la taille de la seringue et, réalisant l'erreur, a immédiatement cessé d'administrer le produit. Le patient est décédé environ 100 jours plus tard.

Australie, 2004

Un homme de 28 ans atteint d'un lymphome de Burkitt a reçu du méthotrexate par voie rachidienne. Le médecin a noté que « la vincristine et le méthotrexate [sont] administrés par injection intrathécale comme demandé ». L'étiquette de mise en garde de la vincristine était incomplète, petite et lue dans une pièce sombre. L'erreur n'a pas été identifiée avant cinq jours, après la survenue d'une paralysie des membres inférieurs. Le patient est décédé en 28 jours.

Questions

- Quels facteurs ont pu causer l'erreur dans les exemples ci-dessus ?
- Quelles mesures les organisations pourraient-elles prendre pour garantir que de telles catastrophes ne se reproduisent plus ?
- Si vous dirigez un hôpital, que feriez-vous dans chacun de ces cas ?

Source : Organisation mondiale de la Santé, SM/MC/IEA.115

(http://www.who.int/patientsafety/highlights/PS_alert_15_vincristine.pdf), consulté le 20 février 2011).

Une infirmière parle pour corriger une erreur et protéger le patient d'un résultat défavorable

Ce cas illustre l'importance de s'exprimer haut et fort si l'on pense que la sécurité du patient est compromise.

Alors que le briefing de l'équipe préopératoire (discussion de l'équipe avant une intervention chirurgicale) touchait à sa fin, une infirmière a pris la parole et indiqué que « le patient a une lentille de contact dans l'œil gauche. »

L'anesthésiste a demandé s'il s'agissait d'une lentille permanente. L'infirmière a vérifié et constaté que c'était une lentille jetable. L'anesthésiste a demandé au patient pourquoi il portait cette lentille de contact mais le patient était sous sédatif et pas très cohérent dans sa réponse. L'infirmière a expliqué que le patient ne peut pas voir sans sa lentille. L'anesthésiste a indiqué à l'équipe opératoire que le patient ne devrait pas porter de lentille sous anesthésie et qu'il n'aurait pas dû être endormi avec. Un membre de l'équipe a demandé à l'anesthésiste s'il souhaitait que la lentille soit retirée, ce à quoi il a répondu « Il ne peut pas être sous anesthésie avec la lentille. »

L'interne en chirurgie a aidé le patient à retirer sa lentille. Le patient a demandé un endroit pour la conserver. On a trouvé de la solution saline dont on a rempli un petit récipient dans lequel on a placé la lentille.

Question

– Quelles pourraient être les implications préopératoires de ce cas du point de vue des soins infirmiers ? Que faudrait-il faire pour empêcher que de tels incidents se reproduisent ?

Source : Groupe de travail - WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Cas fourni par Lorelei Lingard, Professeur agrégé, université de Toronto, Toronto, Canada.

Erreur de médicament à la maternité

Le cas suivant montre comment de multiples facteurs peuvent causer des dommages aux patients.

Une primipare de 25 ans à 32 semaines de grossesse est arrivé aux urgences avec une douleur dorsale sévère. Elle a été admise et envoyée au service de maternité qui était chargé et manque de personnel. Le monitoring foetal indiquait des contractions toutes les 8 à 10 minutes. L'obstétricien a examiné la patiente et recommandé une perfusion en continue de tocolytiques pour réduire l'activité utérine et éviter la naissance prématurée du bébé.

Toutes les sages-femmes étaient occupées avec d'autres patientes qui accouchaient. Une étudiante sage-femme a alors été chargée de préparer la perfusion. Elle ne connaissait pas le cas et angoissait à l'idée de demander à son tuteur. Il était évident que la patiente est enceinte de 32 semaines mais, malgré tout, l'étudiante n'est pas parvenue à mesurer la hauteur utérine. L'étudiante a préparé et posé une perfusion d'oxytocine (pour accélérer le travail) au lieu des tocolytiques prévus. L'erreur n'a pas été identifiée avant des heures et, le jour suivant, la patiente a accouché d'un nouveau-né prématuré qu'il a fallu transférer en unité de soins intensifs néonatals en raison de graves difficultés respiratoires.

Discussion

– Discutez du cas en examinant les facteurs associés à l'étudiante, à la patiente, au tuteur, à l'organisation et à l'environnement.

– Comment l'événement indésirable aurait-il pu être évité ?

Source : Cas fourni par Andrea Stiefel, Msc, Université des sciences appliquées de Zurich, Winterthur, Suisse.

Le décès d'un enfant

Lisez l'étude de cas qui figure dans l'introduction de ce module et demandez aux étudiants de réfléchir aux questions suivantes.

- A l'aide d'une approche systémique, réfléchissez à ce qui aurait pu être fait autrement à différents moments du cas, dans le cabinet du dentiste, dans l'unité de soins ambulatoires et à l'hôpital.
- Qu'aurait-il fallu faire lors du transfert entre l'unité de soins ambulatoires et l'hôpital pour garantir que le patient soit pris en charge plus rapidement ?
- Donnez des exemples de précautions qui peuvent être prises dans les milieux cliniques pour éviter l'empoisonnement accidentel des enfants.

Source : Cas fourni par Shan Ellahi, consultant en sécurité des patients, services communautaires Ealing and Harrow, National Health Service, Londres, Royaume-Uni.

Outils et ressources documentaires

Un éventail de ressources sur l'erreur médicale et des sujets connexes est disponible sur le site Internet de l'Agency for Healthcare Research and Quality de la faculté de médecine de New York aux États-Unis (<http://www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm> ; consulté le 21 février 2011).

Évaluation des connaissances de ce module

Plusieurs stratégies d'évaluation sont adaptées à ce module, notamment les QCM, les dissertations, les questions à réponse courte, les discussions de cas et les auto-évaluations. Pour favoriser efficacement la compréhension, vous pouvez demander à un étudiant ou un groupe d'étudiants de procéder à une enquête sur un EIAS ou de simuler une Analyse des Causes Racines.

Évaluation de l'enseignement de ce module

L'évaluation est une étape importante pour examiner le déroulement d'une session de formation et déterminer les améliorations à apporter. Pour de plus amples informations sur l'évaluation, reportez-vous au Guide du formateur (Partie A).

Références

1. Runciman W, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health-care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
2. Reason JT. *L'erreur humaine*. Paris, Presse des Mines, Collection Économie et gestion, 2013.
3. Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000, 320:768-770.

4. Reason JT. Beyond the organisational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:28–33.
5. Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *Journal of Medical Education*, 1973, 48:436–441.
6. Landrigan CP et al. Effect of reducing interns' working hours on serious medical errors in intensive care units. *New England Journal of Medicine*, 2004, 351:1838–1848.
7. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235.
8. Leonard C et al. The effect of fatigue, sleep deprivation and onerous working hours on the physical and mental well being of pre-registration house officers. *Irish Journal of Medical Sciences*, 1998, 176:22–25.
9. Larson EB. Measuring, monitoring, and reducing medical harm from a systems perspective: a medical director's personal reflections. *Academic Medicine*, 2002, 77:993–1000.
10. Flin R et al. Measuring safety climate in health care. *Quality and Safety in Health Care*, 2006.
11. Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*, 3rd ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2000.
12. *Root cause analysis*. Washington, DC, Veterans Affairs National Center for Patient Safety, United States Department of Veterans Affairs (<http://www.va.gov/NCPS/curriculum/RCA/index.html>; consulté le 20 février 2011).
13. University of Washington Center for Health Sciences. *Best practices in patient safety education module handbook*. Seattle, University of Washington Center for Health Sciences, 2005.
14. Institute for Safe Medication Practices. Error-prone conditions can lead to student nurse-related medication mistakes. *Medical News Today*, 20 October 2007 (<http://www.medicalnewstoday.com/articles/86983.php>; consulté le 20 février 2011).
15. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.

Lectures supplémentaires



Symon A. *Obstetric litigation from A-Z*. Salisbury, UK, Quay Books, Mark Allen Publishing, 2001.

Wilson JH, Symon A. eds. *Clinical risk management in midwifery: the right to a perfect baby*, Oxford, UK, Elsevier Science Limited, 2002.

Diaporamas pour le Module 5 : Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages

En général, les exposés didactiques ne constituent pas la meilleure façon d'enseigner la sécurité des patients aux étudiants. En cas d'exposé, il est intéressant de permettre aux étudiants d'agir entre eux et d'échanger leurs points de vue pendant le cours. Une étude de cas est une façon de lancer une discussion de groupe. Vous pouvez également poser aux étudiants des questions sur différents aspects des soins de santé qui feront ressortir les points abordés dans ce module, comme la culture de culpabilisation, la nature de l'erreur et la façon de gérer les erreurs dans d'autres secteurs d'activités.

Les diaporamas du Module 5 ont pour objectif d'aider le formateur à en transmettre le contenu. Ils peuvent être modifiés et adaptés à la culture et au contexte locaux. Les formateurs peuvent choisir de ne pas utiliser toutes les diapositives. Il est d'ailleurs préférable d'adapter ces dernières aux domaines couverts lors de la session de formation.