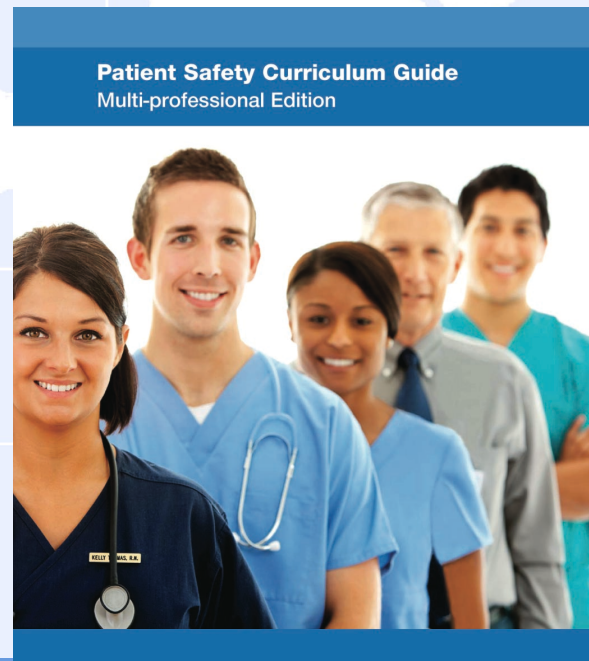


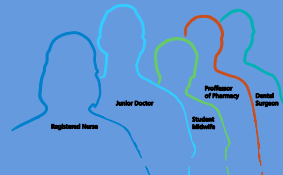
Module 5

Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages



Objectif d'apprentissage

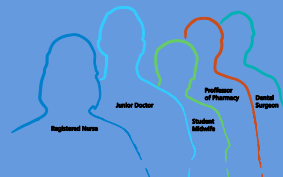
Comprendre la nature des erreurs et comment les professionnels de santé peuvent apprendre à partir des erreurs pour améliorer la sécurité des patients.



Connaissances théoriques

Expliquer les termes :

- Erreur
- Violation
- Presque-accident
- Biais rétrospectif



Connaissances pratiques

- Savoir comment apprendre à partir des erreurs
- Participer à l'analyse d'un événement indésirable associé aux soins
- Mettre en œuvre des stratégies visant à réduire les erreurs

Erreur

- **Définition simple :**

« Mal faire en pensant bien faire ».

Bill Runciman

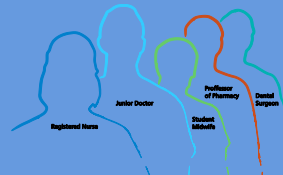
- **Définition plus formelle :**

« 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. »

James Reason

Remarque : violation

Le non-respect délibéré d'un protocole, d'une procédure validée ou d'une recommandation.

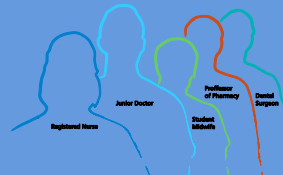


Erreurs et résultats

- Il n'y a pas de relation directe entre la survenue d'une erreur et les conséquences pour le patient :
 - un dommage peut être causé à un patient sous la forme d'une complication associée aux soins sans qu'aucune erreur n'ait été faite.
 - De nombreuses erreurs ont lieu sans conséquence pour le patient car elles sont récupérées avant qu'un dommage ne survienne.

Les principes relatifs aux facteurs humains nous rappellent que :

- L'erreur est le revers de l'intelligence humaine.
- Une définition de l'erreur est qu'elle est inscrite dans la nature de l'homme.

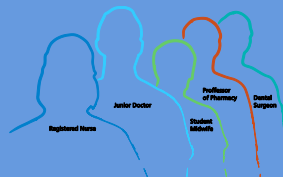


Les gens commettent des erreurs

Indépendamment de leur expérience, intelligence, motivation ou vigilance, les professionnels peuvent se tromper.

Activité

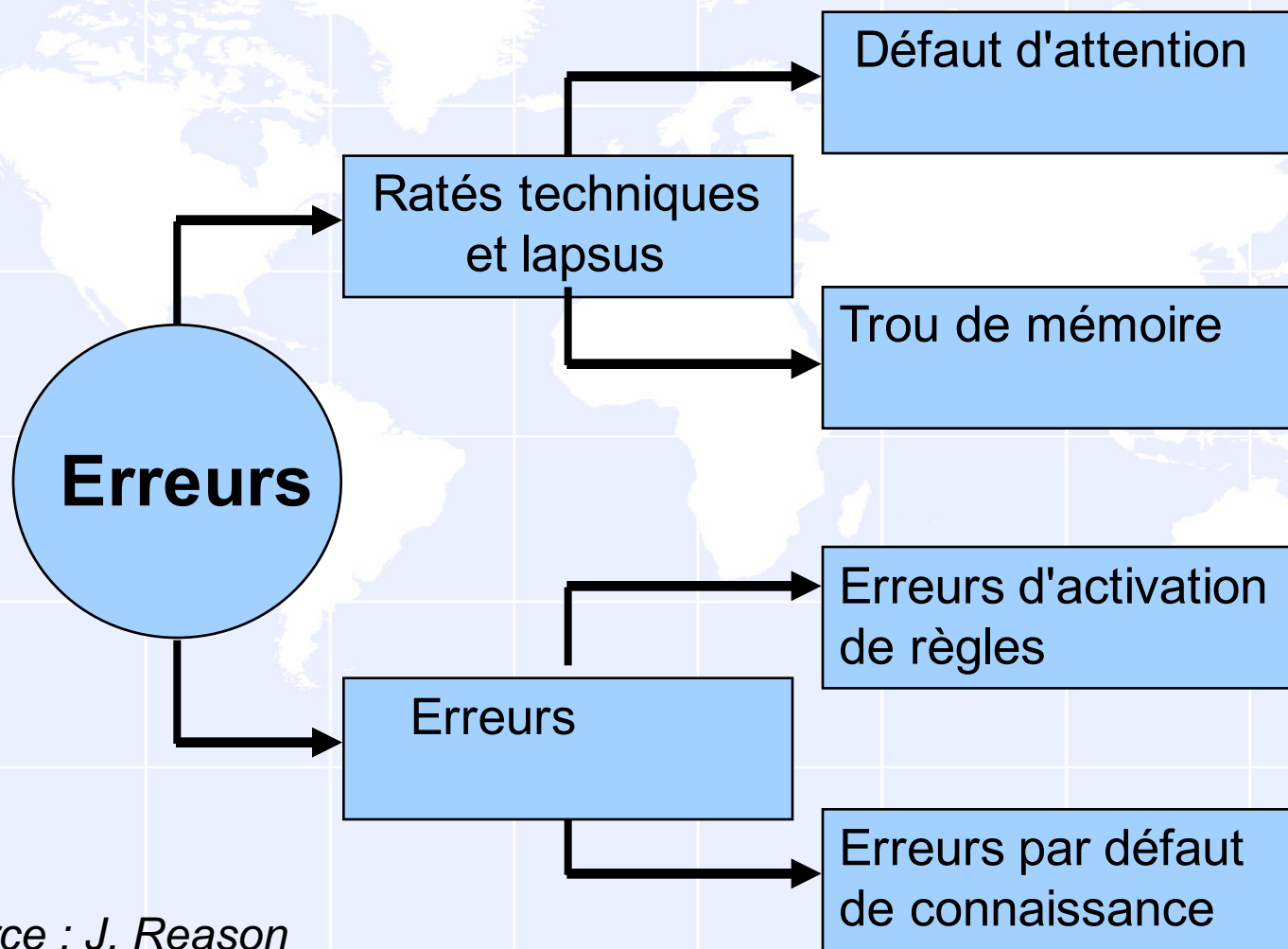
Réfléchissez aux erreurs « stupides » que vous avez faites récemment *en dehors* de votre lieu de travail ou d'étude puis parlez-en avec vos collègues et expliquez-leur pourquoi vous pensez les avoir faites.



Le contexte des soins de santé est problématique

- Lorsque des erreurs surviennent sur le lieu de travail, les conséquences peuvent être problématiques pour les patients...
 - ...une situation propre à l'activité de soins.
- À tous autres égards, les erreurs en santé n'ont rien d'exceptionnel...
 - ...et ne diffèrent pas des problèmes de facteurs humains qui existent dans d'autres contexte que la santé.

Résumé des principaux types d'erreurs



Source : J. Reason

Situations associées à un risque accru d'erreur

- Manque d'expérience*
- Contraintes liées au temps
- Vérification insuffisante
- Procédures défectueuses
- Information inadéquate

* En particulier associé à l'absence de supervision

Facteurs individuels qui prédisposent aux erreurs

- Capacité de mémorisation limitée
- Davantage réduite par :
 - La fatigue
 - Le stress
 - La faim
 - La maladie
 - Les facteurs linguistiques et culturels
 - Les comportements dangereux

N'oubliez pas....

Si vous

- avez faim (**H**ungry)
- êtes énervé (**A**ngry)
- êtes en retard (**L**ate) ou
- êtes fatigué (**T**ired)

H
A
L
T

Check-list des facteurs qui influent sur les performances

- **I** Illness (indisposition)
- **M** Medication (médicament) : sur et sans ordonnance, et autres
- **S** Stress (stress)
- **A** Alcohol (alcool)
- **F** Fatigue (fatigue)
- **E** Emotion (émotion)

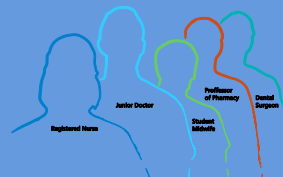
Puis-je travailler en toute sécurité aujourd'hui ?

Gestion/surveillance des événements indésirables associés aux soins

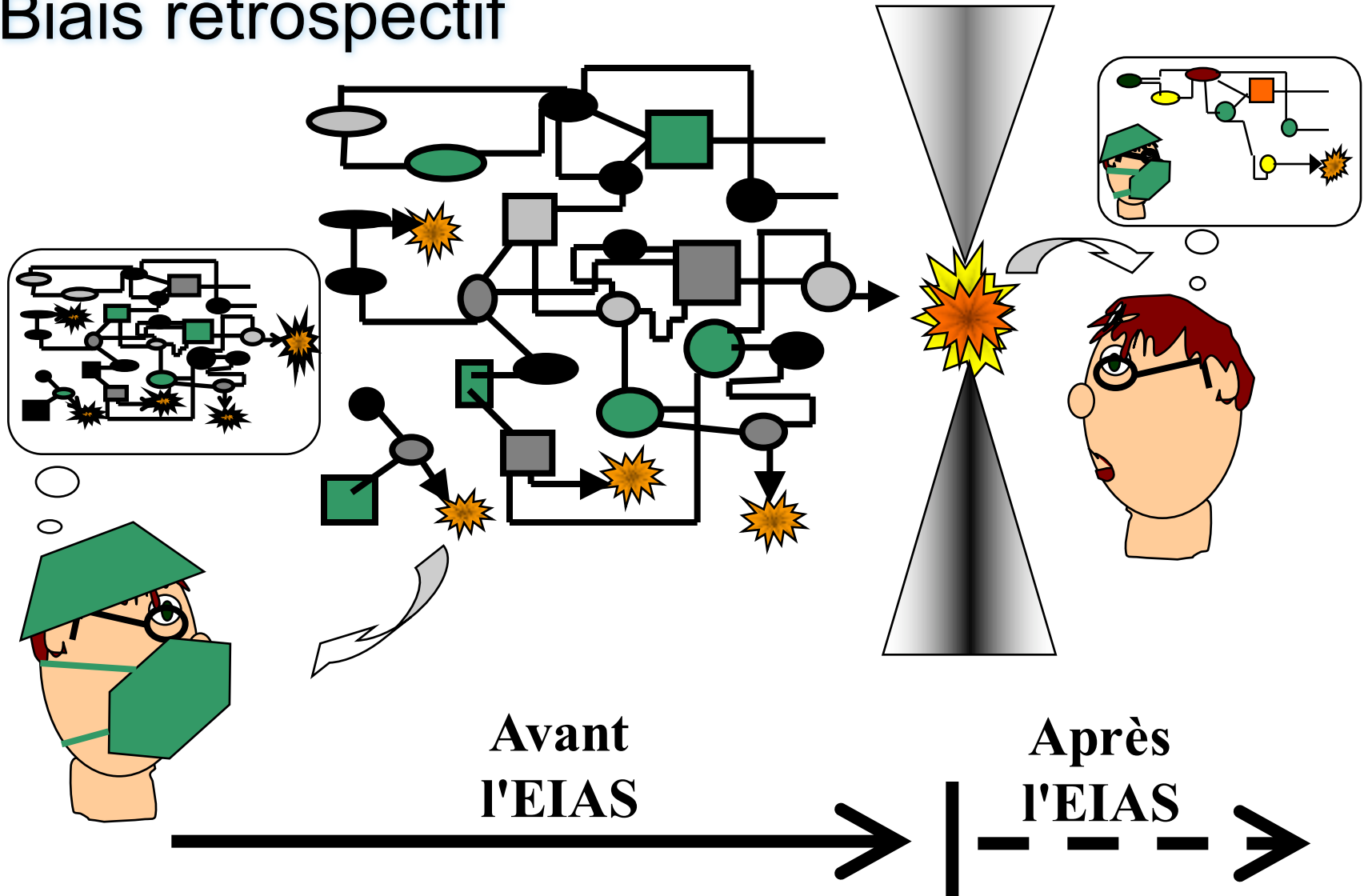
- Il s'agit de recueillir et d'analyser des informations concernant des événements indésirables, qu'ils aient ou non causé un dommage à qui que ce soit dans l'organisation.
- Il s'agit d'un élément essentiel permettant à une organisation d'apprendre à partir de ses erreurs.

Éliminer les pièges

- L'une des principales fonctions d'un système de gestion des EIAS est l'identification des problèmes récurrents *appelés « pièges »*. (J. Reason)
- La gestion des erreurs a comme objectif prioritaire, entre autres, d'identifier et d'éliminer ces pièges.



Biais rétrospectif



Adapté de R. Cook, 2005, A Brief Look at the New Look in Complex System Failure, Error, Safety and Resilience

Culture : une définition réaliste

« Les valeurs partagées (ce qui est important) et les croyances (comment les choses fonctionnent) interagissent avec la structure de l'organisation pour produire des comportements (la façon de faire les choses). »

James Reason

La culture sur le lieu de travail

- En tant que jeune professionnel de santé, il est difficile de « changer le monde ».
- Mais...
 - ...vous pouvez chercher des moyens d'améliorer le « système »
 - ... vous pouvez contribuer à la culture de votre environnement de travail.

Stratégies de gestion et de surveillance des EIAS

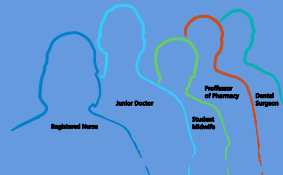
- Les stratégies efficaces incluent :
 - la déclaration anonyme
 - le retour d'informations dans les temps
 - la reconnaissance publique des succès de la gestion des EIAS
 - la déclaration des presque-accidents
 - les presque-accidents constituent des « avertissement sans frais pour le patient »
 - ils permettent d'apporter des améliorations au système.

Source : E.B. Larson

L'Analyse des Causes Racines

- Il s'agit d'une approche structurée de l'analyse des EIAS.
- Elle a été conçue par le National Center for Patient Safety (Centre national pour la sécurité des patients) du département américain des Anciens combattants.

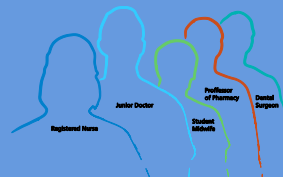
<http://www.va.gov/NCPS/curriculum/RCA/index.html>



Modèle d'Analyse des Causes Racines (1)

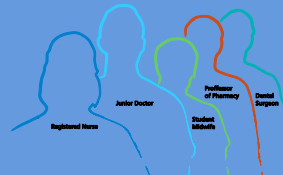
Une approche rigoureuse et confidentielle qui répond aux questions suivantes :

- 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 récurrence ?
- Quelles ont été les conséquences ?



Modèle d'Analyse des Causes Racines (2)

- Le modèle d'Analyse des Causes Racines est axé sur la prévention et non sur la culpabilisation ou la sanction.
- Il se concentre sur les vulnérabilités systémiques plutôt que sur les performances individuelles.
- Il examine de multiples facteurs tels que :
 - la communication
 - la formation
 - la fatigue/la programmation
 - l'environnement/le matériel
 - les règles/politiques/procédures
 - les barrières



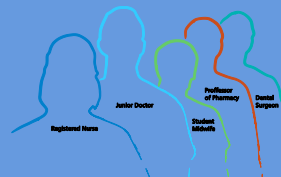
Stratégies personnelles de réduction des erreurs

- Il faut bien se connaître : bien manger et dormir, prendre soin de soi.
- Connaître son environnement
- Connaître sa/ses tâche(s)
- Préparation et planification ; « Que faire si... ? »
- Intégrer des vérifications à ses tâches quotidiennes
- ***Demander lorsqu'on ne sait pas !***

Préparation mentale

- Partir du principe que des erreurs peuvent et vont se produire.
- Identifier les circonstances les plus propices aux erreurs.
- Avoir des plans de secours pour faire face aux problèmes, aux interruptions et aux distractions.
- Répéter mentalement les procédures complexes.

James Reason



Résumé

- L'erreur médicale est un phénomène complexe, *inévitabile* et lié à la nature humaine.
- La démarche qui consiste à apprendre à partir des erreurs est plus productive si elle a lieu au niveau organisationnel.
- L'Analyse des Causes Racines est une approche systémique structurée de l'analyse des EIAS.

