

Cours : des connaissances sont nécessaires pour améliorer la sécurité des patients

Module : apprendre à partir des erreurs

Résumé

L'erreur médicale est un phénomène complexe, inévitable et lié à la nature humaine. (Voir le document de support « Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients ? »). La déclaration et l'analyse des événements indésirables permettent, à partir des erreurs faites, d'apprendre aussi bien à un niveau individuel qu'au niveau d'une organisation. L'un des obstacles à l'apprentissage par l'erreur est constitué par une culture de culpabilisation motivée par la recherche d'un coupable. Développer une organisation apprenante et faire changer le système nécessitent une approche systémique. 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.



Il n'y a pas de relation directe entre la survenue d'une erreur et les conséquences pour le patient.

De mauvais résultats peuvent être obtenus chez des patients même en l'absence de toute erreur médicale. Certains traitements entraînent des complications bien connues. Dans d'autres cas, l'existence d'erreurs ne se traduit pas nécessairement par de mauvais résultats car elles sont identifiées à temps et des mesures appropriées sont prises pour récupérer les dommages qui auraient pu survenir. 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 avant et pendant l'EIAS en question.

Qu'est-ce qu'une erreur ? "Lorsque quelqu'un fait mal en essayant de faire bien". (B. Runciman) En d'autres termes, il existe un écart involontaire avec ce qui était prévu. James Reason, a défini 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. »

Violation : le non-respect délibéré d'un protocole, d'une procédure validée ou d'une recommandation.

Principes relatifs aux facteurs humains

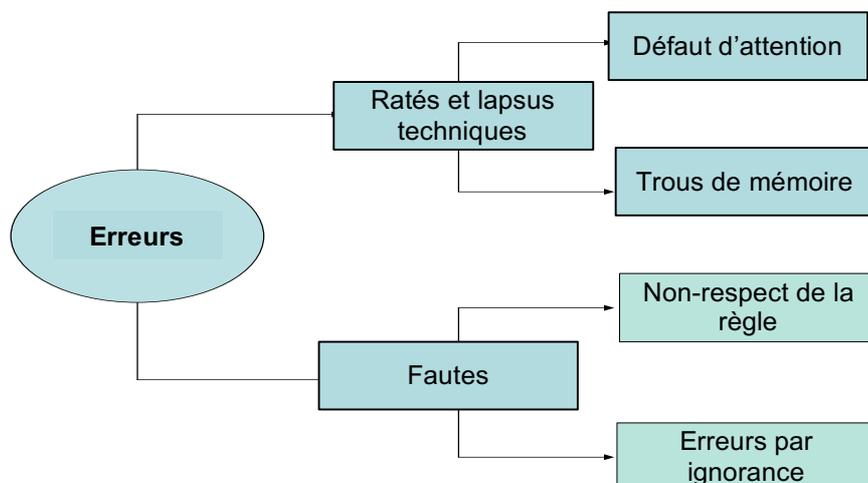
- Les professionnels de santé doivent être conscients que les processus cognitifs qui les conduisent à faire des « erreurs » en-dehors du travail interviennent également lorsqu'ils travaillent.
- L'erreur est le revers de l'intelligence humaine. Une définition de l'erreur est qu'elle est inscrite dans la nature de l'homme. (Voir le document de support « Pourquoi la prise en compte des facteurs humains est importante pour la sécurité des patients »)
- 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'infailibilité niant l'existence 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 types d'erreurs

Deux grands types d'échecs sont à l'origine d'erreurs.

- **Les actions planifiées sont appropriées mais elles ne se déroulent pas comme prévu** : on parle d'erreur d'exécution ou de routine. 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.
- **L'action prévue ne s'est pas déroulée correctement**. Les actions planifiées sont inappropriées, il s'agit clairement d'une « erreur » (n.d.t. : **mistake = erreur**). Cette erreur est une erreur de planification de l'action. Il peut s'agir d'une erreur liée à l'activation d'une règle (« rule-based »), si la

mauvaise règle est appliquée, ou d'une erreur par défaut de connaissance (« knowledge-based »), si le 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.



Situations associées à un risque accru d'erreur

- **Manque d'expérience**

Il est particulièrement important que les professionnels de santé ne pratiquent pas un acte sur un patient, administrent un traitement pour la première fois sans être correctement préparés et supervisés par des confrères expérimentés.

- **Contraintes liées au temps**

Les contraintes liées au temps incitent les professionnels de santé 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.

- **Équipes improvisées (contingentes)**

Les équipes improvisées sont des équipes qui se forment à l'occasion d'un événement inattendu (arrêt cardiaque, catastrophe naturelle, urgence obstétrique, intervention rapide). Les membres d'une équipe improvisée sont souvent disparates.

- **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.

- **Procédures défectueuses**

Elles incluent une préparation inappropriée, une équipe qualitativement ou quantitativement inadéquate et/ou une attention insuffisante envers un patient en particulier. Des professionnels de santé peuvent être amenés à utiliser du matériel sans savoir totalement comment il fonctionne. 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 consignnant 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 professionnels de santé 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 EIAS.

Facteurs individuels qui prédisposent les professionnels de santé aux erreurs

- **Capacité de mémorisation limitée**

- o La quantité d'informations que beaucoup de professionnels de santé sont tenus de connaître aujourd'hui dépasse largement leurs capacités de mémorisation.
- o Le cerveau humain n'est capable de retenir qu'une quantité limitée d'informations.
- o Les professionnels de santé ne devraient pas compter sur leur seule mémoire lorsqu'une prise en charge d'un patient comporte de nombreuses étapes.
- o Des recommandations, des check-lists 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.
- o Apprendre à demander de l'aide est une compétence essentielle pour tous les professionnels de santé. Les chercheurs ont montré que les étudiants en médecine et en soins infirmiers ont, pendant leurs premières années d'exercice, des carences au niveau des compétences cliniques de base. Cela pourrait être lié à une réticence à demander de l'aide quand ils faisaient leurs études.

- **Fatigue**

- o La fatigue affecte la mémoire. La fatigue est un facteur connu d'erreurs impliquant les professionnels de santé.
- o 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.
- o La survenue d'erreur est fortement liée au manque de sommeil dû aux longues gardes. Une étude a montré que les internes commettent des fautes plus graves lorsqu'ils effectuent souvent des gardes de 24 heures par rapport à ceux qui font des gardes plus courtes.
- o D'autres études ont révélé que le manque de sommeil pouvait avoir des effets similaires à l'intoxication alcoolique.

- **Stress, faim et maladie**

- o Lorsque les professionnels de santé se sentent stressés, malades ou lorsqu'ils ont faim, ils ne travaillent pas aussi bien. Il est très important que les professionnels de santé 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(ère)s débutant(e)s a causé des erreurs et poussé des jeunes recrues à abandonner la profession. Le stress et l'épuisement professionnel sont liés.
- o Il existe plusieurs moyens mnémotechniques pour aider les professionnels de santé à se surveiller.

HALT : Hungry (avoir faim), **Angry** (être énervé), **Late** (être en retard) ou **Tired** (être fatigué)

IM SAFE : **I**llness (indisposition), **M**edication (médicament), **S**tress (stress), **A**lcohol (alcool), **F**atigue (fatigue), **E**motion (émotion)

- **Langue**

Des erreurs de communication causées par des facteurs linguistiques et culturels peuvent survenir entre les patients et les professionnels de santé dans de nombreuses interactions en l'absence d'un interprète ou d'une langue commune.

- **Comportements dangereux**

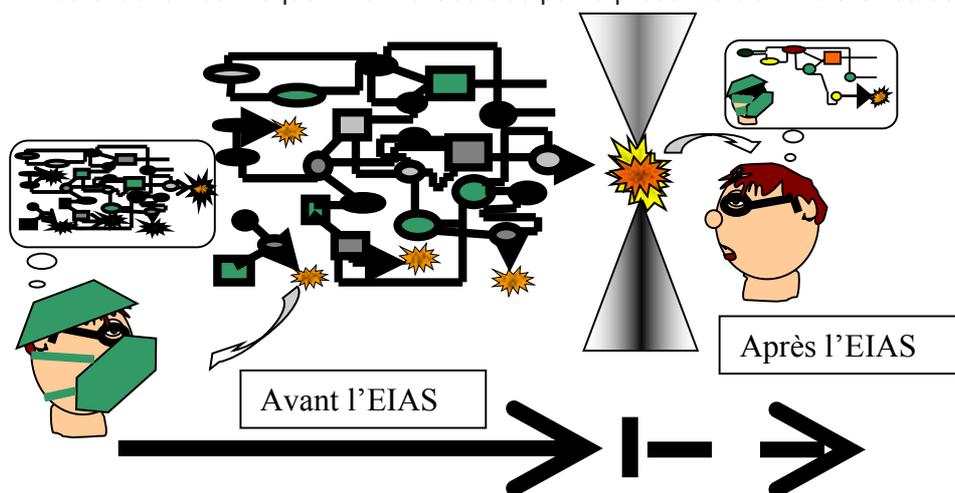
Par exemple : un professionnel de santé novice qui réaliserait sans supervision une procédure ou une intervention sur un patient, ou un professionnel de santé qui ne respecterait pas les règles d'hygiène des mains, peuvent être considérés comme faisant preuve d'un comportement dangereux.

Comment apprendre à partir des erreurs ?

1) 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 indésirable 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 ».

- Les EIAS sont traditionnellement sous-déclarés notamment 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.
- La situation est fréquemment exacerbée par la présence d'un « **biais rétrospectif** » (voir ci-dessous).



Culture organisationnelle

- La fréquence des signalements des erreurs et la façon dont les EIAS sont analysés, que ce soit par une approche systémique ou culpabilisante, dépendent largement de la gouvernance et de la culture d'une organisation.
- Il existe une corrélation entre la culture organisationnelle d'un établissement de soins et la sécurité des patients qui y sont traités.
- Les organisations ou les hôpitaux qui ont une forte culture de la déclaration sont bien placés pour apprendre à partir des erreurs car les membres du personnel se sentent en confiance pour faire part des problèmes sans crainte de la réprimande.

HALT : Hungry (avoir faim), Angry (être énervé), Late (être en retard) ou Tired (être fatigué)
IM SAFE : Illness (indisposition), Medication (médicament), Stress (stress), Alcohol (alcool), Fatigue (fatigue), Emotion (émotion)

Stratégies de gestion des déclarations d'EIAS

- Déclaration anonyme (utilisation de systèmes électroniques de déclaration).
- Retour d'informations dans les temps par le management à propos des mesures mises en place pour éviter que les erreurs ne se reproduisent.
- Reconnaissance publique des succès du système de déclaration de l'organisation en matière de réduction des EIAS et des erreurs.
- **Déclaration anonyme des presque-accidents** : les presque-accidents constituent des « avertissements sans frais pour le patient » qui permettent d'apporter des améliorations au système.

2) Analyse des Causes Racines (voir le document consacré)

L'erreur médicale est un phénomène complexe, inévitable et lié à la nature humaine.

- **Conseils pour éviter les erreurs :**
 - éviter de compter sur sa mémoire ;
 - standardiser les procédures et les processus habituels ;
 - simplifier les processus
 - utiliser des check-lists ou des protocoles ; et
 - être toujours attentif.

La déclaration et l'analyse des évènements indésirables associés aux soins permettent, à partir des erreurs, d'apprendre aussi bien à un niveau individuel qu'au niveau d'une organisation. L'un des obstacles à l'apprentissage par l'erreur est constitué par une culture de culpabilisation.

- *Pour apprendre au niveau de l'organisation, il convient d'adopter une approche systémique.*
- *L'Analyse des Causes Racines est une approche systémique structurée de l'analyse des évènements indésirables associés aux soins, généralement réservée aux dommages les plus graves ayant atteint les patients.*

© Organisation mondiale de la Santé, 2012. Pour demander l'autorisation de réimprimer cette publication, de la reproduire, d'en utiliser des extraits ou de la traduire, merci de consulter la page <http://www.who.int/about/licensing/en/index.html>