

Module 3

Comprendre l'organisation des systèmes et l'effet de la complexité sur les soins en santé

Erreurs d'injection aux patients

Jackie a été soumise à une intervention connue sous le nom de cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) dans un grand hôpital universitaire pour un trouble suspecté de la vésicule biliaire. Sous anesthésie générale, un endoscope a été inséré dans sa bouche pour le descendre par l'œsophage jusqu'au duodénum. Un cathéter a été introduit au travers de l'endoscope jusque dans le cholédoque, pour injecter un produit de contraste en vue de réaliser une radiographie.

Deux mois plus tard, Jackie a appris qu'elle faisait partie des 28 patients à qui un produit de contraste contenant une molécule irritante, le phénol, avait été injecté. La pharmacie commande habituellement des flacons de 20 ml de Conray

280. Toutefois, pendant environ cinq mois, les commandes passées se sont avérées incorrectes et le bloc a été approvisionné en flacons de 5 ml de Conray 280 à 60 % et 10 % de phénol avec l'étiquette de mise en garde indiquant clairement « utiliser sous surveillance–produit caustique » et « flacon à dose unique ». C'est une infirmière qui s'est finalement aperçue de cette erreur, qui avait échappé à la pharmacie mais également à plusieurs équipes de personnel de bloc.

La façon dont les produits sont commandés, stockés et livrés au bloc et la méthode permettant de vérifier que les patients reçoivent les bons produits comportent de nombreuses étapes qui sont autant de risques d'erreurs. Comprendre la complexité du système est nécessaire pour comprendre quand et comment ses différentes composantes s'articulent entre elles.

Source : *Report on an investigation of incidents in the operating theatre at Canterbury Hospital 8 February – 7 June 1999*, Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales, Australia. September 1999:1–37 (<http://www.hccc.nsw.gov.au/Publications/Reports/default.aspx> ; consulté le 18 janvier 2011).

Introduction– Pourquoi penser systémique est important pour la sécurité des patients



Un soin de santé est rarement le fait d'une seule personne. Soigner de façon sûre et efficace ne dépend pas que des connaissances, du savoir-faire et des comportements des professionnels qui sont en première ligne mais aussi de la façon dont ces professionnels coopèrent et communiquent avec leur environnement, lequel n'est habituellement qu'une partie d'une organisation plus grande. En d'autres termes, les patients dépendent d'un grand

nombre de personnes qui font la bonne chose au bon moment. En clair, ils dépendent d'un système de santé [1]. Un professionnel de santé expérimenté se doit de comprendre les interactions et les relations complexes inhérentes au domaine des soins de santé. Cette connaissance peut par exemple permettre aux praticiens d'identifier les sources d'erreurs potentiellement dangereuses pour les patients et usagers et prendre des mesures de prévention. Le présent module traite du système de santé. Les stratégies visant à réduire les erreurs sont abordées en détail dans le module 5.

Mots-clés

Système, complexité du système, haute fiabilité organisationnelle (HRO).

Objectif d'apprentissage



Comprendre comment penser systémique peut améliorer les soins de santé et réduire au minimum les risques d'événements indésirables.

Objectifs d'apprentissage : connaissances théoriques et pratiques

Connaissances théoriques



Les étudiants devraient être capables d'expliquer à quoi font référence les termes *système* et *système complexe* dans le domaine des soins de santé et pourquoi l'approche systémique de la sécurité du patient est préférable à l'approche traditionnelle.

Connaissances pratiques



Les étudiants devraient être capables de décrire les composantes d'un système sûr de dispensation des soins.

Ce que les étudiants ont besoin de savoir sur les systèmes en soins de santé : expliquer ce que signifient les termes *système* et *système complexe* dans le domaine des soins de santé

Qu'entend-on par système ?



Le terme *système* sert généralement à décrire la réunion de deux parties ou plus interagissant entre elles ou « un groupe interdépendant d'éléments formant un ensemble unifié » [2].

Les étudiants en professions de santé sont familiarisés avec le concept de systèmes dans le contexte biologique et organique. La notion de système organique concerne depuis la simple cellule isolée jusqu'à des organismes plus complexes ou des populations en totalité. Ces systèmes sont en état permanent d'échanges d'informations entre le milieu intérieur et extérieur. Le processus permanent de réception d'informations, de transformation interne, d'envoi et de retour d'informations caractérise ces systèmes. Ces mêmes caractéristiques s'appliquent aux multiples systèmes qui fournissent des soins de santé, ainsi qu'au système de santé dans son ensemble.

Systèmes complexes

Lorsque les étudiants intègrent pour la première fois un grand établissement de santé, ils sont souvent saisis par la complexité de son organisation – grand nombre de professionnels de santé, de professionnels paramédicaux, de spécialités, diversité des patients, différents départements, différentes odeurs, etc. Ces étudiants appréhendent et considèrent ainsi l'établissement de soins comme un système. Cette organisation leur semble chaotique et imprévisible et ils se demandent s'ils parviendront à s'adapter un jour à cet environnement. Ils finissent par être affectés à

différents services, départements ou centres de soins et se familiarisent avec les rouages propres à leur discipline ou domaine de spécialité. Ils peuvent par conséquent oublier sans problème le reste du système.

Un système complexe est un système dans lequel les parties interagissant entre elles sont si nombreuses qu'il est difficile, voire impossible, de prévoir les comportements du système sur la simple base de la connaissance de ses composantes individuelles [3]. Cette définition de système complexe peut parfaitement être transposée à la dispensation des soins de santé, particulièrement dans un établissement de grande taille. Les grands établissements sont souvent constitués de nombreuses composantes interagissant entre elles, notamment les personnes (les patients et le personnel), les infrastructures, la technologie et les agents thérapeutiques. Les différentes façons dont les composantes du système interagissent entre elles et la façon dont elles agissent collectivement sont très complexes et variables [3].



Tout professionnel de santé doit comprendre la nature de la complexité au regard des soins de santé. Cette compréhension s'avère importante pour prévenir les événements indésirables et utile pour analyser les situations où quelque chose s'est mal passé. (Ce point est abordé plus en détail dans le module 5.)

Autrement, il peut naître une tendance à rejeter la faute uniquement sur les personnes directement impliquées dans une situation donnée, sans réaliser qu'il existe normalement beaucoup d'autres facteurs contributifs. Soigner est complexe en raison de [3] :

- la diversité des tâches associées à la dispensation des soins au patient ;
- l'interdépendance des professionnels de santé ;
- la diversité des patients, des cliniciens et autres membres du personnel ;
- les innombrables relations entre les patients, les soignants, les professionnels de santé, le personnel auxiliaire, les administrateurs, les familles et les membres de la communauté ;
- la vulnérabilité des patients ;
- les changements dans la configuration physique des environnements cliniques ;
- la variabilité ou l'absence de réglementations ;
- la mise en place de nouvelles techniques ;
- la diversité des chemins cliniques et des organisations impliquées ;
- la spécialisation accrue des professionnels de santé – si la spécialisation permet de faire bénéficier les patients de davantage de services et de solutions thérapeutiques, elle augmente en revanche le risque que quelque chose se passe mal et le risque d'erreur.

Les étudiants qui travaillent aux côtés des patients comprennent rapidement que chacun d'entre eux nécessite des soins adaptés à son état et à ses besoins spécifiques. Un étudiant est rapidement en mesure de

voir que la combinaison de chaque service de santé résulte en un système de santé.

De nombreux services de santé se présentent comme un système (bâtiments, personnes, procédures, bureaux, équipement, téléphones). Néanmoins, si les personnes impliquées ne parviennent pas à appréhender l'objectif commun, le système ne fonctionnera pas de manière unifiée. Ces personnes constituent le ciment qui solidarise et maintient le système debout.

Pour comprendre ce que représente le système de santé, les étudiants doivent se projeter au-delà de leur future profession. Pour que le système fonctionne de façon efficace, les médecins, le personnel infirmier, les pharmaciens, les sages-femmes et tous les autres professionnels de santé doivent comprendre le rôle et les responsabilités de chacun. Le bon fonctionnement du système passe également par la compréhension de l'effet de la complexité sur les soins des patients et du fait que les organisations complexes, comme les services de santé, sont sujettes aux erreurs. Par exemple, il y a peu de temps encore, les centaines de services proposés aux patients dans un hôpital étaient indépendants les uns des autres. Le travail des médecins était séparé de celui du personnel infirmier, de celui des pharmaciens et de celui des kinésithérapeutes. Les services et les unités étaient également considérés comme des entités distinctes.

Si le service des urgences ne pouvait pas prendre en charge les patients assez rapidement, on pensait qu'il suffisait de pallier le problème uniquement là où il avait été identifié au sein du service des urgences sans s'intéresser aux autres services en rapport. Mais le service des urgences n'a peut-être pas été en mesure de prendre en charge les patients en temps opportun car il n'y avait plus aucun lit disponible. Le personnel s'est peut-être heurté à un conflit de priorités qui a compromis sa capacité à répondre rapidement aux besoins des patients.

Bien que les professionnels de santé se confrontent chaque jour à de nombreuses difficultés sur leur lieu de travail et qu'ils saisissent peut-être même les multiples composantes et relations propices aux dysfonctionnements, la pensée systémique leur échappe encore souvent car, en général, les concepts et le langage de la théorie des systèmes ne leur ont pas été enseignés et ils n'utilisent pas les outils associés pour comprendre les systèmes dans lesquels ils travaillent.

La connaissance de la complexité du système de santé permettra aux professionnels de santé de comprendre dans quelle mesure les structures organisationnelles et les procédures de travail peuvent contribuer à améliorer la qualité générale des soins aux patients. La plupart des connaissances sur les organisations complexes proviennent d'autres disciplines, comme la psychologie des organisations. Dans une étude publiée en 2000, l'IOM américain a rapporté que les



procédés organisationnels, telles que la simplification et la standardisation, reconnues comme des principes de sécurité, étaient rarement appliqués dans les systèmes de dispensation des soins qu'ils avaient analysés [4].

L'approche systémique demande de considérer le système de santé dans son ensemble, avec toute sa complexité et ses interdépendances, en se focalisant non plus sur l'individu mais sur l'organisation. Cela nous oblige à passer de la culture de culpabilisation à l'approche systémique. L'approche systémique rend possible par exemple qu'un professionnel paramédical dise à un praticien qu'il qu'il risque d'avoir un problème pour satisfaire sa demande immédiatement à cause d'autres demandes concurrentes. Ils pourront ainsi rechercher ensemble une solution à ce problème afin d'éviter qu'il se reproduise à l'avenir.

En résumé, l'approche systémique permet d'examiner les facteurs organisationnels à l'origine des dysfonctionnements des systèmes de santé et des accidents/erreurs (procédures defectueuses, défauts de conception, travail d'équipe déficient, contraintes financières et facteurs institutionnels) au lieu de se focaliser sur les personnes associées à ces événements ou montrées du doigt. Ce type d'approche nous aide également à passer de la culpabilisation à la compréhension et à accroître la transparence des processus de soins plutôt que de se concentrer uniquement sur l'acte de soins en lui-même.


L'approche traditionnelle lorsque les choses se passent mal : culpabiliser et humilier



Dans un environnement si complexe, il n'est pas surprenant que de nombreuses choses puissent régulièrement mal tourner. Lorsque quelque chose tourne mal, l'approche traditionnelle consiste à rejeter la faute sur le professionnel de santé le plus directement impliqué dans les soins du patient à ce moment-là. Il s'agit souvent d'un étudiant ou d'un membre du personnel non expérimenté. Bien que l'on ait fortement et naturellement tendance à culpabiliser une personne (approche culpabilisante) [5], cette habitude est en réalité inutile et contreproductive, et ce, pour de nombreuses raisons. Quel que soit le rôle qu'a pu jouer dans l'EIAS le professionnel de santé montré du doigt, il est très peu probable qu'il ait causé au patient le dommage en question de façon délibérée. (Un acte délibéré constitue une violation). Voir Module 5 : *Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages* et Module 6 : *Comprendre et gérer le risque clinique*. →  

La plupart des professionnels de santé impliqués dans un événement indésirable sont bouleversés à l'idée que leur action (ou inaction) ait pu, en quoi que ce soit, y contribuer. La dernière chose dont ils ont besoin est d'être sanctionnés. Wu qualifie le professionnel de santé de « deuxième victime » dans ces circonstances



[6]. Dans ce genre de situation, la tendance naturelle est au faible signalement. Les professionnels hésiteront à déclarer tout EIAS s'ils s'exposent à des sanctions pour un éventuel fait fâcheux. Si une telle culture de la culpabilisation venait à persister, l'organisation des soins de santé aura beaucoup de mal à diminuer le risque que des événements indésirables de même nature ne se reproduisent à l'avenir (voir Module 5 : *Apprendre à partir des erreurs pour prévenir les dommages*). → 

Malheureusement, de nombreux professionnels de santé, y compris les professionnels expérimentés, les professionnels paramédicaux et les cadres, partagent, avec beaucoup d'autres personnes au sein de la communauté, un point de vue différent, qui privilégie l'idée de la culpabilisation individuelle. C'est un phénomène courant, auquel se heurte souvent le personnel moins expérimenté (voir Introduction de la Partie B-Modules).

L'approche systémique ne dégage toutefois pas les professionnels de santé de leur responsabilité ou de devoir répondre de leurs actes. Elle requiert une

compréhension des facteurs sous-jacents qui ont contribué à l'EIAS. Se concentrer sur une personne ne permettra pas d'identifier les causes principales et n'éliminera donc pas le risque que le même EIAS ne se reproduise plus tard.

Responsabilité

L'ensemble des professionnels de santé ont des responsabilités éthiques et juridiques dont ils doivent répondre. Bien que celles-ci soient susceptibles de varier selon les professions et les pays, elles visent généralement à rassurer la communauté sur le fait que les professionnels de santé sont dignes de confiance car leurs connaissances, leur savoir-faire et leur comportement sont conformes aux prérequis établis par l'ordre professionnel compétent. Ces responsabilités éthiques et juridiques font souvent place à diverses interprétations de la part des professionnels de santé qui, pour la plupart, ne savent pas faire la différence entre les actes de négligence, les actes contraires à l'éthique et les erreurs. Le tableau suivant reprend les différences fondamentales.

Tableau B.3.1. Définition de termes médico-légaux

Type de comportement médico légal	Définitions	Commentaires
Négligence	<ol style="list-style-type: none"> 1. Absence de mise en œuvre des compétences, des soins et des enseignements que l'on est en droit d'attendre d'un professionnel de santé raisonnablement prudent [7]. 2. Les soins fournis ne sont pas conformes aux standards de soins que l'on est raisonnablement en droit d'attendre d'un professionnel de santé moyen qualifié pour prendre en charge le patient en question, (SP-SQS 2005) ou la qualité de ces soins est inférieure à celle attendue des médecins au sein de leur communauté [8]. 3. La non-application des soins qu'une personne raisonnablement prudente et attentive appliquerait dans des circonstances similaires [9]. 4. La non-application (généralement de la part du médecin ou d'un autre professionnel de santé) des précautions, des compétences ou des soins ordinaires, raisonnables, habituels ou attendus (normalement ou habituellement appliqués par d'autres médecins de bonne réputation qui prennent en charge des patients similaires) dans la réalisation d'une tâche autorisée par la loi, se traduisant par un dommage, une blessure ou une perte prévisible pour autrui. La négligence peut être un acte d'omission (non intentionnel) ou de commission (intentionnel), résultant d'une inattention, d'une imprudence, d'une inadvertance, d'une étourderie ou d'une témérité. En soins de santé, la négligence implique un écart inapproprié de « la pratique médicale normale » qui serait exercée dans les mêmes circonstances par un professionnel ayant suivi la même formation [10]. 	Les composantes de la négligence sont déterminées par le pays dans lequel l'action a lieu.
Manquement professionnel	<p>(Dans la définition de faute professionnelle)</p> <p>Manquement professionnel ou manque déraisonnable de compétences dans la réalisation d'un acte professionnel. Terme pouvant être appliqué aux médecins, avocats et comptables [10].</p> <p>Le manquement professionnel se distingue de la faute professionnelle et s'applique à l'ensemble des professionnels de santé. Sa définition varie selon les pays. Le manquement professionnel se réfère habituellement à une déviance significative de ce que l'on est en droit d'attendre normalement d'un professionnel de santé en matière de prise en charge.</p>	Chaque pays dispose de son propre système de registre des différentes professions de santé et de gestion des plaintes relatives aux compétences et aux conduites professionnelles.

Erreurs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acte totalement conforme au plan mais plan inapproprié pour atteindre l'objectif visé [11]. 2. Une erreur d'activation de règles ou une erreur par défaut de connaissance qui est une erreur commise de bonne foi. Les erreurs d'activation de règles surviennent au cours de la résolution d'un problème lorsque la mauvaise règle est appliquée, soit à cause d'une perception erronée de la situation, entraînant l'application de la mauvaise règle, soit en raison de l'utilisation impropre d'une règle puissante (utilisée fréquemment) qui semble bien convenir. Les erreurs par défaut de connaissance surviennent en raison d'un manque de connaissance ou de l'interprétation erronée du problème [12]. 3. Défaut ou échec d'appréciation ou de déduction dans la sélection d'un objectif ou dans la spécification des moyens qui permettent de l'atteindre, et ce, indépendamment du fait que les actes motivés par cette décision/ce projet respectent ou non le plan. Erreurs commises de bonne foi... y compris les erreurs d'activation de règles qui surviennent lorsque la mauvaise règle est appliquée au cours de la résolution d'un problème, et les erreurs résultant d'un défaut de connaissances qui surviennent en raison d'un manque de connaissance ou de l'interprétation erronée du problème [13]. 	La non-reconnaissance de ses erreurs peut constituer un manquement professionnel dans certains pays. Dans certains pays, les erreurs sont passibles de sanctions. Il est important de savoir comment le pays dans lequel vous étudiez se positionne en matière d'erreurs en santé.
---------	--	--

L'approche systémique implique également que les étudiants et les professionnels de santé sont tenus d'être professionnellement responsables de leurs actes. Si un étudiant dentiste administre le mauvais médicament à un patient du fait du non-respect du protocole de vérification des médicaments, cet étudiant pourrait-il être tenu pour responsable ? L'analyse de ce cas selon l'approche systémique prendrait en considération les facteurs ayant contribué à ce que l'étudiant ne vérifie pas les médicaments : l'étudiant était-il nouveau au sein du cabinet et était-il supervisé ? Connaissait-il les étapes à suivre ? Savait-il qu'il existe une politique permettant de s'assurer que le bon médicament est administré à la bonne personne ? Ou a-t-il hésité sans pouvoir vérifier auprès de qui que ce soit car il était seul et a-t-il craint d'avoir des problèmes s'il retardait l'administration du médicament ? La pensée systémique laisserait supposer que cet étudiant n'était pas suffisamment préparé à ce type de tâches. Mais si l'étudiant était suffisamment préparé, supervisé par un dentiste et au courant des protocoles et si, malgré tout, il n'a pas vérifié le médicament, par paresse, négligence ou pour finir plus tôt, il serait alors tenu pour responsable de l'erreur. Les professionnels de santé inexpérimentés travaillent parfois sans superviseur. Dans ce cas, ils devraient demander des conseils à un confrère expérimenté même si cela exige de déplacer les patients dans le service.

Les circonstances associées aux événements indésirables sont souvent compliquées. Il est donc préférable d'avoir recours à l'approche systémique pour comprendre ce qui est arrivé et pourquoi cela est arrivé avant d'invoquer la responsabilité individuelle. Il faut garder à l'esprit que cette culture non culpabilisante ne doit pas s'appliquer seulement aux étudiants, mais aussi aux autres membres du personnel, y compris ceux qui exercent depuis longtemps et qui ont cumulé de nombreuses années d'expérience.

La responsabilité est une obligation professionnelle et nul ne pense qu'une personne ne devrait pas être tenue pour responsable. Toutefois, outre la responsabilité individuelle, il existe la responsabilité systémique. La responsabilité systémique exige que le système s'analyse lui-même. Pendant trop longtemps, les systèmes de santé ont fait individuellement peser la responsabilité des erreurs au sein du système sur les professionnels de santé.

Les meilleures organisations de santé ont compris la différence entre violation et erreur et ont mis en place des mécanismes de responsabilité justes, transparents et connus à l'avance. Les membres du personnel savent ainsi parfaitement pour quels types de questions leur responsabilité individuelle pourrait être engagée.

Les patients font également partie intégrante du système et si l'on accorde pas assez d'attention à leur niveau socio-culturel, ils risquent de ne pas bénéficier d'un traitement et de soins optimaux. Ces patients sont peu susceptibles de se plaindre ou de signaler quelque problème que ce soit aux professionnels de santé. Les patients, en tant que groupe, n'ont généralement pas leur mot à dire quant à la façon dont un service de santé devrait fonctionner : ils n'ont souvent pas d'autre choix que d'accepter les désagréments, des soins et un traitement inadaptés et des informations inexactes. Même si les soins qu'ils reçoivent sont insatisfaisants, ils s'en contentent car ils perçoivent bien la pression subie par les professionnels de santé et ne souhaitent pas les offenser. Bien souvent, les patients ne prennent pas toute la mesure de leur problème de santé et ne perçoivent pas l'importance de respecter un protocole de traitement, et notamment de suivre un traitement médicamenteux à la lettre. Lorsque les patients se sentent mieux, ils ont en effet tendance à arrêter de prendre leurs médicaments sans demander l'avis d'un professionnel de santé. Il est donc primordial que les

professionnels de santé prennent bien le temps de leur expliquer les protocoles de traitement et les conséquences de la non-observance.

Nouvelle approche



Les experts en sécurité pensent que s'il est difficile de changer les aspects des systèmes complexes, il est encore plus difficile de bouleverser les comportements et les modes de pensée des êtres humains en ce qui concerne leur contribution aux erreurs [5]. Par conséquent, la meilleure solution à une erreur serait de tenter de changer le système en adoptant l'*approche systémique* [5]. L'approche systémique en santé demande de comprendre les multiples facteurs intervenant dans chacune des composantes du système de santé. Les professionnels de santé font partie intégrante du système. Les analyses relatives aux accidents dans d'autres secteurs d'activité montrent qu'il existe rarement une seule cause à un accident. Les défaillances systémiques découlent d'un grand nombre de facteurs. L'approche systémique vise, dans le cadre d'une enquête sur un EIAS, à améliorer la conception du système, à prévenir les erreurs à l'avenir et/ou à minimiser leurs conséquences.

Reason a décrit les nombreux éléments du système qui devraient être intégrés à une approche de « pensée systémique » dans le cadre des enquêtes d'accidents, selon les facteurs suivants [14].

Facteurs relatifs au patient et au professionnel de santé

Il s'agit des caractéristiques des personnes impliquées, notamment du patient. Il est important de garder à l'esprit que les professionnels de santé, les étudiants et les patients font tous partie du système.

Facteurs relatifs aux tâches

Il s'agit des caractéristiques des tâches que les professionnels de santé assument, à savoir les tâches elles-mêmes mais aussi le flux de travail, les contraintes de temps, le contrôle des tâches et la charge de travail.

Les facteurs relatifs à la technologie et aux outils

Les facteurs relatifs à la technologie font référence au nombre et à la qualité des technologies que compte l'organisation. Ils comprennent le nombre et les différents types de technologies ainsi que leur disponibilité, leur utilité, leur accessibilité et leur emplacement. La conception des outils et des technologies, notamment leur intégration avec d'autres technologies, la formation des utilisateurs, la propension à la panne, le risque d'accident, la réactivité, et d'autres caractéristiques de conception, peuvent également entrer dans cette catégorie.

Les facteurs relatifs à l'équipe

La plupart des soins sont dispensés par des équipes pluridisciplinaires. Des facteurs tels que la communication au sein de l'équipe, la définition claire

des rôles et le management d'équipe sont ressortis comme des éléments essentiels dans d'autres industries et leur importance en santé est maintenant de plus en plus reconnue [15].

Les facteurs relatifs à l'environnement

Il s'agit des caractéristiques de l'environnement dans lequel les professionnels de santé travaillent. Ces caractéristiques environnementales sont la luminosité, le bruit, l'espace disponible et l'agencement des lieux.

Les facteurs relatifs à l'organisation

Il s'agit des caractéristiques liées à la structure, à la culture et à la politique de l'organisation. Parmi celles-ci figurent le type de direction, la culture, les politiques et les réglementations, les niveaux hiérarchiques et l'étendue du périmètre des superviseurs.

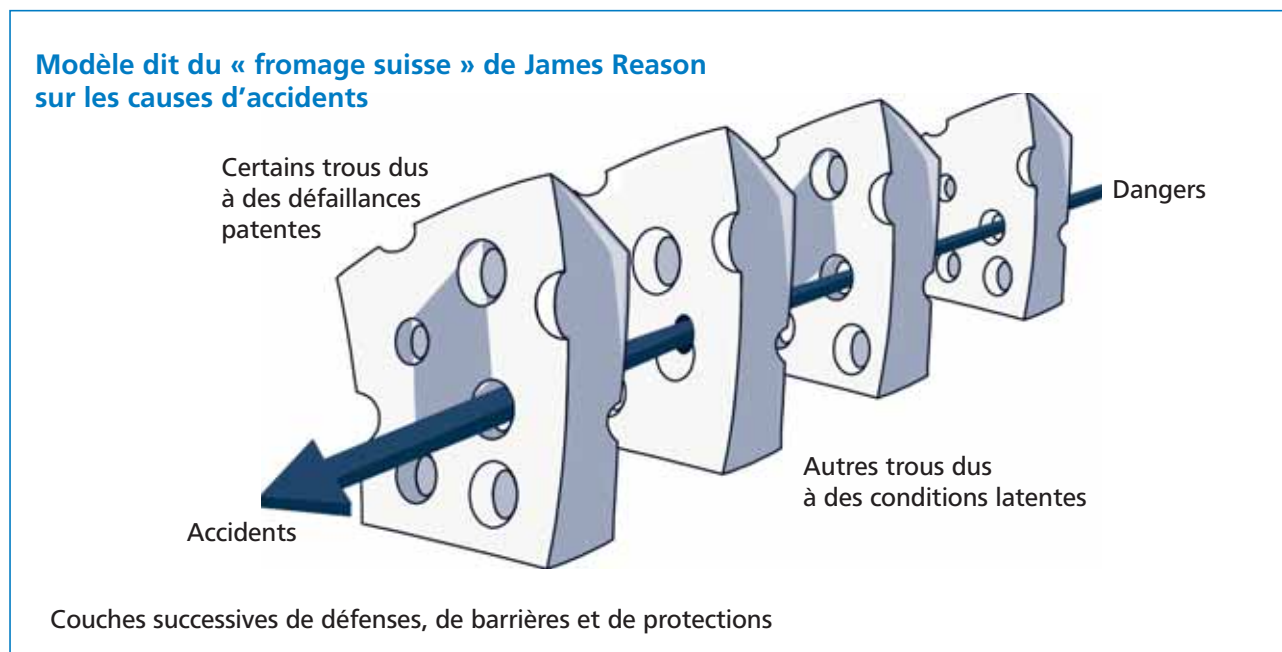
Le modèle du « fromage suisse »



Envisager le système de santé avec cette mise en perspective met en lumière la nature multifactorielle de tout EIAS. Les étudiants en professions de santé sont ainsi invités à se garder de rejeter trop rapidement la faute sur une personne en cas d'événement indésirable et à prêter plutôt attention aux problèmes systémiques associés. Les plupart des événements indésirables découlent de facteurs à la fois systémiques et humains. James Reason utilise le terme de *défaillances latentes* pour se référer aux erreurs commises par des professionnels qui produisent des effets indésirables immédiats. Il décrit également une autre condition préalable à la survenue d'un événement indésirable, à savoir la présence d'une ou plusieurs conditions latentes. Ces dernières sont généralement le résultat d'une mauvaise prise de décision, d'une mauvaise conception et de protocoles inadaptés élaborés par des personnes autres que celles travaillant en première ligne. Ces conditions sont souvent en place déjà bien avant la survenue de l'événement en question. Parmi celles-ci figurent la fatigue, des ressources humaines inappropriées, un équipement défectueux et une formation et une supervision inadaptées [16].

James Reason a créé le modèle dit du « fromage suisse » pour expliquer comment les défaillances qui surviennent aux différents niveaux d'un système peuvent conduire à des EIAS [5]. Ce modèle montre dans quelle mesure une défaillance à un niveau du système ne suffit généralement pas à causer à elle seule un accident (voir Figure B.3.1). Les événements indésirables sont en général le fruit de plusieurs défaillances qui se produisent à plusieurs niveaux (par exemple, des professionnels fatigués, ajoutés à des procédures inappropriées, ajoutées à un équipement défectueux) et s'alignent momentanément, permettant la création d'une « trajectoire accidentelle » (indiquée par la flèche dans la Figure B.3.1).

Figure B.3.1. Défenses, barrières et protections

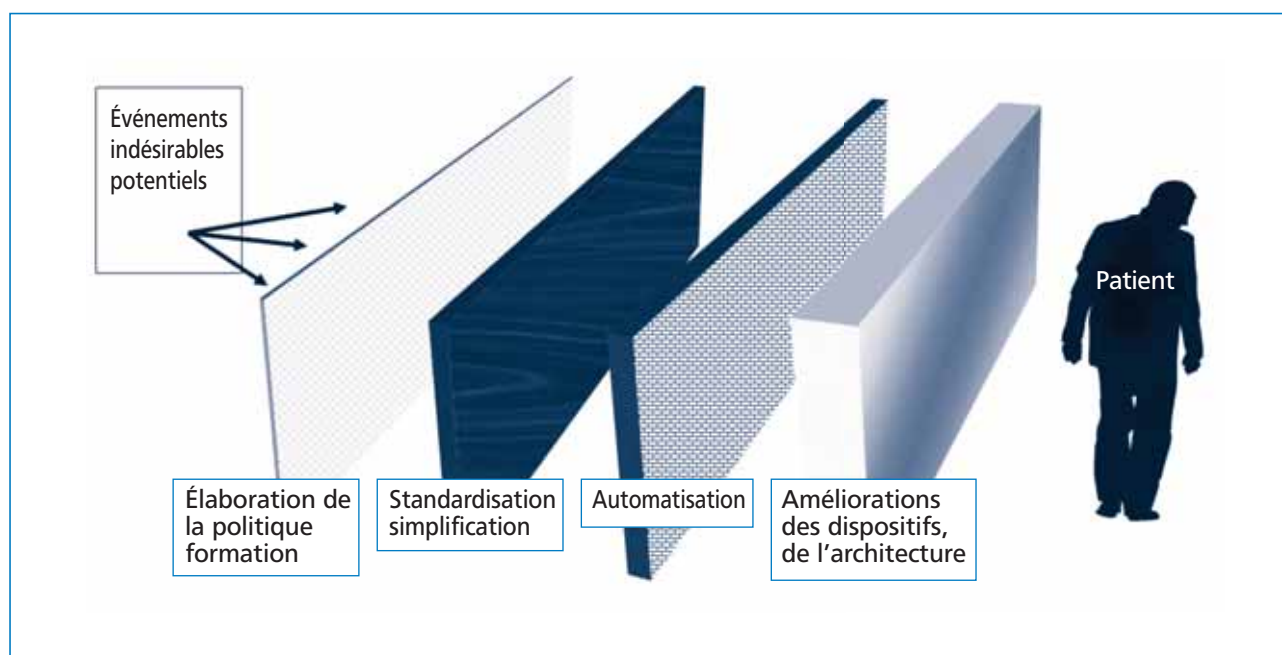


Source : Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*, 1997 [14].

Pour prévenir la survenue d'événements indésirables, James Reason propose l'utilisation de multiples défenses sous forme de couches successives de protection (compréhension, sensibilisation, alarmes et avertissements, restauration des systèmes, barrières de sécurité, confinement, élimination, évacuation,

voie de secours), mises en place pour protéger contre la défaillance qui se produit au niveau de la couche sous-jacente (voir Figure B.3.2). Enquêter selon une approche systémique présente l'avantage de prendre en considération toutes les couches pour vérifier si l'une d'elle peut être améliorée.

Figure B.3.2. Couches de défenses



Source : Veteran Affairs (US) National Center for Patient Safety <http://www.patientsafety.gov/> [17].

Comment les étudiants peuvent-ils appliquer ces connaissances ?



Comprendre ce qu'est la *haute fiabilité organisationnelle* (HRO)

Le terme « organisation à haute fiabilité » [18] décrit une organisation qui confrontée à des situations dangereuses parvient néanmoins à fonctionner presque complètement sans défaillance. Très peu d'événements indésirables s'y produisent. Parmi ces organisations figurent les systèmes de contrôle du trafic aérien, les centrales nucléaires et les porte-avions. Bien que ces secteurs d'activité diffèrent en bien des aspects des organisations de santé, le message est qu'il est possible pour ces dernières de fonctionner en permanence de manière sûre et efficace malgré la grande complexité et les nombreux imprévus induits par l'environnement de travail. Ces organisations à haute fiabilité montrent aux organisations de santé qu'elles peuvent aussi améliorer la sécurité en se concentrant sur les systèmes impliqués.

Les différences entre les organisations décrites ci-dessus et les organisations de santé sont significatives et sont au cœur même des problèmes existants. En tant que professionnels de santé, nous n'avons pas l'habitude de penser que le système de santé peut échouer. L'échec n'entre pas dans l'esprit de la profession, sauf peut-être dans le cas de certains traitements spécifiques. Dans le milieu des soins, nous avons tendance à oublier que les professionnels peuvent mal communiquer, qu'un chirurgien peut être exténué après avoir travaillé toute la nuit ou que l'écriture d'un médecin peut s'avérer illisible pour un pharmacien, ainsi susceptible de fournir la mauvaise dose à l'infirmière chargée d'administrer le médicament en question. Chacune de ces situations peut constituer un facteur contributif à un événement indésirable. Les professionnels de santé ont l'habitude d'informer chaque patient sur le risque de complications ou d'effets indésirables connus d'un traitement mais ils n'appliquent pas le même raisonnement au traitement en tant que produit du système dans son ensemble. La pensée systémique exige aux professionnels de santé d'envisager les deux types de risques potentiels : les risques relatifs au traitement et les risques relatifs au système.

Les organisations à haute fiabilité sont également connues pour leur résilience. Elles font en sorte d'anticiper les défaillances et de prendre des mesures pour les prévenir. Les patients sont la composante la plus résiliente de notre système de santé et de nombreux événements indésirables sont évités grâce à la propre résilience des patients. Leur état s'améliore bien qu'on leur ait donné un mauvais médicament ou un mauvais traitement.

La culture de la sécurité n'est pas encore bien ancrée en santé. Les organisations à haute fiabilité ont tout mis en œuvre pour insuffler et maintenir une culture de la sécurité ; elles encouragent et récompensent leurs employés en ce sens. Dans ce type d'organisation, les gens sont récompensés s'ils admettent avoir fait une erreur car le fait de la reconnaître et les actions qui en résultent pour qu'elle ne se reproduise pas à l'avenir permettent à l'organisation d'économiser du temps et de l'argent. Imaginez un système de santé dans lequel le personnel pourrait reconnaître ses erreurs en toute franchise et dans lequel il serait possible d'adopter/mettre en place des mesures et des ressources pour éviter ou minimiser la reproduction de telles erreurs. Le taux d'événements indésirables diminuerait considérablement et de nombreuses vies se verraient ainsi sauvées, bien des souffrances épargnées et le moral du personnel regonflé.

Caractéristiques de la *haute fiabilité organisationnelle* [18]

Les organisations à haute fiabilité partagent les caractéristiques suivantes :

- *crainte de la défaillance* : envisager et prévoir la possibilité d'une défaillance due à leur activité à haut risque et sujette aux erreurs ;
- *engagement au service de la résilience* : faire preuve d'initiative dans le dépistage des menaces inattendues pour les déjouer avant qu'elles ne causent un quelconque dommage.
- *sensibilité à l'opérationnel* : s'intéresser aux difficultés rencontrées par les professionnels travaillant en première ligne ; et
- *culture de la sécurité* dans laquelle les personnes pointent aisément du doigt les éventuels dangers ou les défaillances existantes sans crainte d'être jugées par leurs supérieurs.

Transposer les leçons apprises des HRO à la santé



Les organisations de santé peuvent s'inspirer des HRO. Nous pouvons analyser leurs réussites et nous pencher sur les facteurs qui y ont contribué. Nous pouvons aussi apprendre de leurs échecs par l'étude des facteurs généralement présents lorsque survient une catastrophe.

Rôle de la réglementation

En raison de la nature de leur relation avec le public, les professions de la santé sont réglementées dans la plupart des pays. La réglementation de la profession protège le public en exigeant des praticiens qu'ils acquièrent les compétences nécessaires pour exercer la profession. Elle établit et fait valoir les bonnes pratiques. La réglementation fixe les critères de la qualification et du maintien du droit d'exercer. Les autorités de réglementation se doivent de recevoir et

d'enquêter sur les plaintes déposées à l'encontre des professionnels de santé et de prendre les mesures appropriées si nécessaires, comme la suspension, la radiation ou des restrictions.

Résumé



L'approche systémique permet d'appréhender et d'analyser les multiples facteurs contributifs aux événements indésirables. Dans l'analyse d'une situation, comparée à l'approche culpabilisante, l'approche systémique aura plus de chances de se traduire par la mise en place de stratégies permettant de diminuer la probabilité de reproduire les mêmes erreurs.

Études de cas

Importance de la communication transversale

Dans bien des cas de décès maternels évitables identifiés dans une enquête confidentielle réalisée au Royaume-Uni (UK Confidential Enquiry), les soins étaient entravés par un manque de coopération et de communication transversales ou interinstitutions, notamment un manque de coopération entre les membres d'une équipe, des consultations téléphoniques inappropriées, l'absence de partage d'informations pertinentes entre les professionnels de santé, par exemple entre les médecins généralistes et l'équipe de la maternité, et de relations interpersonnelles médiocres. Cette étude identifiait également un autre problème concernant les soins obstétricaux, à savoir la difficulté à reconnaître les pratiques déviantes qui exposaient les femmes au risque de ne pas avoir un examen médical approprié. L'étude de cas suivante montre en quoi ces problèmes sont importants.

Une jeune femme réfugiée ne parlant pas anglais couramment, en insuffisance pondérale et anémique, avait pris rendez-vous avec une sage-femme. Son mari, parlant aussi un anglais limité, lui servait d'interprète. En fin de grossesse, elle était hospitalisée suite à des saignements et des douleurs abdominales. Le diagnostic de constipation était posé, malgré des tests de la fonction hépatique anormaux, et elle était renvoyée chez elle sous la surveillance d'une sage-femme. Elle s'était une nouvelle fois retrouvée hospitalisée quelques semaines plus tard, en fin de grossesse, pour des douleurs abdominales. Toutefois, malgré d'autres résultats sanguins anormaux, aucun avis spécialisé n'était sollicité et elle était de nouveau renvoyée chez elle. Quelques jours plus tard, elle était réadmise en urgence pour une insuffisance hépatique et défaillance multi-viscérale, son bébé étant, entre temps, mort in utero. Malgré la gravité de son état, sa prise en charge était une fois encore incohérente et bien qu'un interne l'ait examinée, elle était gardée en salle d'accouchement. La jeune femme décédait deux jours plus tard d'une coagulation intravasculaire disséminée provoquée par une stéatose hépatique de la grossesse.

Question

– A l'aide de l'approche systémique, décrivez les facteurs associés à cette issue dramatique et comment éviter que des événements similaires ne se reproduisent à l'avenir.

Source : The confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH). Saving Mother's Lives 2005-2008, London, 2007 (www.cemach.org.uk/ ; consulté le 21 février 2011).

Administration d'une antibioprophylaxie préopératoire hors protocole

Cet exemple illustre comment les services de santé peuvent parfois avoir du mal à s'adapter aux changements de dernière minute.

Un anesthésiste et un chirurgien discutaient de l'antibioprophylaxie nécessaire pour un patient qui allait avoir une cholécystectomie laparoscopique. L'anesthésiste informait le chirurgien que le patient était allergique à la pénicilline et le chirurgien suggérait de la clindamycine comme alternative. L'anesthésiste allait dans le couloir stérile pour chercher l'antibiotique en question mais revenait et expliquait à l'infirmière panseuse qu'il n'avait pas trouvé de clindamycine. L'infirmière panseuse partait en demander par téléphone. L'anesthésiste expliquait qu'il n'avait pas pu en prescrire car il n'y avait pas d'ordonnances (il les avaient cherchées dans le mauvais classeur). L'infirmière panseuse confirmait que l'antibiotique demandé allait arriver.

L'incision chirurgicale était pratiquée. Six minutes plus tard, l'antibiotique était disponible en salle d'opération et était injecté immédiatement au patient. Cette injection a été pratiquée après l'incision, ce qui est contraire au protocole selon lequel une antibioprophylaxie doit être administrée avant l'incision chirurgicale afin d'éviter les infections du site opératoire.

Questions

- Que faudrait-il faire pour s'assurer que cet EIAS ne se reproduise pas ?
- Dans quelle mesure ce cas illustre la nécessité d'une communication transversale ?
- Qui peut arrêter une procédure en cas de problème ?

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

Défaillance systémique conduisant à un décès

Cet exemple montre dans quelle mesure les environnements sous pression peuvent s'avérer incapables de fournir des soins de base.

Madame Brown était une employée administrative âgée de 50 ans qui travaillait au service approvisionnement d'un hôpital. Elle était en surpoids. En allant chercher son journal, elle glissait dans son jardin et sa jambe heurtait violemment le robinet. Elle avait une fracture du péroné et était admise pour réduction car sa jambe était enflée et douloureuse. La procédure était retardée car la salle d'opération était occupée et sa blessure était relativement sans gravité. Comme le service d'orthopédie était plein, elle était hébergée dans un autre service de médecine. Deux jours plus tard, elle avait l'intervention de réduction et était plâtrée. A peine rentrée chez elle, elle s'est écroulée et est décédée. A l'autopsie, il a été découvert qu'elle était décédée des suites d'une embolie pulmonaire massive. L'héparine n'avait été prescrite à aucun moment pour prévenir une phlébite profonde et aucune autre mesure préventive n'avait été prise. Il a été communiqué à son mari qu'elle était morte à cause d'un caillot dans le poumon, formé dans sa jambe en raison du gonflement et du traumatisme. L'absence de mesures préventives n'a pas été mentionnée.

Activités

- Dessiner un diagramme retraçant le parcours de madame Brown, depuis son accident jusqu'à son décès.
- Identifier tous les professionnels de santé susceptibles d'être intervenus dans ses soins et son traitement.
- Quels sont les facteurs susceptibles d'avoir contribué à son décès ?

Source : Étude de cas tirée de Runciman B, Merry A, Walton M. Safety and ethics in health care: a guide to getting it right, 2007 [24]. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008:78.

Erreurs en chaîne entraînant une erreur de site opératoire dentaire

Ce cas illustre dans quelle mesure les problèmes latents au sein d'un système peuvent conduire à des erreurs sur le lieu des soins (en première ligne).

Un stomatologue devait pratiquer l'extraction d'une dent de sagesse inférieure, totalement incluse. Aucune des dents de sagesse n'était visible (d'aucun côté).

Selon le dossier du patient, c'était la dent de sagesse droite qui devait être extraite. Les clichés affichés sur le moniteur semblaient montrer que la dent de sagesse incluse était la dent de sagesse inférieure droite et que la dent de sagesse inférieure gauche était absente.

Le stomatologue pratiquait l'incision, soulevait le lambeau et commençait l'ostéotomie. Cependant, la molaire incluse n'apparaissait pas. Le stomatologue élargissait donc le site de l'ostéotomie. Le chirurgien, finalement, comprenait que la dent de sagesse inférieure droite n'était pas là et qu'il avait fait une erreur lorsqu'il avait examiné le dossier du patient plus tôt au moment de la planification de l'opération. De plus, l'assistant(e) dentaire avait affiché les clichés dans la mauvaise position, en inversant les parties droite et gauche de la bouche.

Questions

- Quels facteurs sont susceptibles d'avoir conduit le stomatologue à intervenir sur la mauvaise dent ?
- Qu'est-ce qui peut avoir conduit l'assistant(e) à placer le cliché de radiographie dans le mauvais sens ?
- Comment cette erreur aurait-elle pu être évitée ?

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



Outil d'évaluation du micro-système clinique

Batalden PB et al. Microsystems in health care: part 9. Developing small clinical units to attain peak performance. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 2003, 29:575–585 (<http://clinicalmicrosystem.org/materials/publications/JQIPart9.pdf> ; consulté le 20 février 2011).

Apprendre à améliorer les systèmes de santé complexes

Headrick LA. Learning to improve complex systems of care. In: *Formation collaborative pour garantir la sécurité du patient*. Washington, DC, Health Resources and Services Administration/Bureau of Health Professions, 2000: 75–88.

Stratégie organisationnelle

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.

Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

Stratégies et formats d'enseignement

DVD interactif



L'atelier *Learning from Error* [apprendre des erreurs] de l'OMS inclut un DVD ou un fichier téléchargeable (www.who.int/patientsafety/education) sur l'administration de vincristine par voie intrathécale. On y voit un cas d'administration de vincristine par voie intrathécale et les problèmes systémiques qui ont contribué à la survenue de cet EIAS. Cet atelier vise à : accroître la sensibilisation aux risques de l'injection de la vincristine ; faire comprendre la nécessité de mettre l'accent sur la sécurité des patients dans les hôpitaux ; faire acquérir aux participants les compétences requises pour contribuer à la sécurité du patient et identifier les politiques et procédures locales permettant de rendre l'environnement de travail plus sûr. (Cet atelier pourrait servir à la plupart des modules de ce guide pédagogique).

Cours sur les systèmes et leur complexité



Discussion en petits groupes



Des discussions en petits groupes peuvent être organisées sur les différents niveaux caractérisant le système de votre établissement. Le groupe pourrait aborder un article professionnel en rapport, comme *The wrong patient* [19], avec un tuteur. Ou encore, le groupe peut choisir l'un des cas énoncés ci-dessus et en discuter en adoptant un point de vue systémique. Dans le cadre de cet exercice, le groupe pourrait discuter des rôles des différents membres de l'équipe.

Autres activités pour les étudiants

- Suivre un patient depuis son hospitalisation jusqu'à sa sortie et identifier toutes les étapes et les types de professionnels de santé impliqués dans son traitement.
- Organiser la réunion des étudiants en petits groupes en présence d'un tuteur pour discuter de leurs observations et de leurs conclusions.
- Aborder le rôle et les fonctions des personnes intervenant aux différents niveaux du système de santé.
- Visiter les parties de l'organisation les moins familières.
- Observer ou participer à une analyse des causes racines.

Évaluation des connaissances de ce module

Il peut être demandé à chaque étudiant de rédiger un compte-rendu de l'expérience d'un patient, que l'étudiant aura suivi tout au long de son traitement.

Plusieurs méthodes d'évaluation peuvent être utilisées pour ce module, notamment les QCM, les essais, 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 mener une discussion de groupe sur les différents niveaux du système de l'établissement dans lequel ils travaillent.

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 un résumé des principes fondamentaux de l'évaluation, reportez-vous au Guide du formateur (Partie A).

Références

1. University of Washington Center for Health Sciences. *Best practices in patient safety education module handbook*. Seattle, Center for Health Sciences, 2005.
2. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. *National Patient Safety Education Framework*. Canberra, Commonwealth of Australia, 2005.
3. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health-care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
4. 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.
5. Reason JT. *L'erreur humaine*. Paris, Presse des Mines, Collection Économie et gestion, 2013.
6. Wu AW. Medical error: the second victim. *British Medical Journal*, 2000, 320:726-727.
7. Medical Event Reporting System for Transfusion Medicine (MERS-TM). Patient Safety and the "Just Culture": A Primer for Health Care Executives. Prepared by David Marx. New York: Columbia University, 2001.
8. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324:370-376.
9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare organizations, editor. *Lexicon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms*. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Health Organizations; 1998.
10. Segen JC. *Current Med Talk: A Dictionary of Medical Terms, Slang & Jargon*. Stanford, CT: Appleton and Lange, 1995.
11. Reason JT. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershot, UK: Ashgate, 1997.

12. Leape LL. Error in medicine. In: Rosenthal MM, Mulcahy L, Lloyd-Bostock S, eds. *Medical Mishaps: Pieces of the Puzzle*. Buckingham, UK: Open University Press, 1999, pp. 20-38.
13. Committee of Experts on management of Safety and Quality in Health care, Glossary of terms related to patient and medication safety - approved terms. Conseil de l'Europe. 2005.
14. Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.
15. Flin R, O'Connor P. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
16. Cooper N, Forrest K, Cramp P. *Essential guide to generic skills*. Oxford, Blackwell Publishing, 2006.
17. Veteran Affairs (US) National Center for Patient Safety (<http://www.patientsafety.gov/> ; consulté le 24 mai 2011).
18. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *High reliability organization strategy*. Rockville, MD, AHRQ, 2005.
19. Chassin MR. The wrong patient. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:826-833.

Diaporamas pour le module 3 : Comprendre l'organisation des systèmes et l'effet de la complexité sur les soins en santé.

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'interagir 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 3 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 enseignants 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.