



Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2024-2025

UEC 17 Démarche qualité et gestion des risques

Sécurité des soins partie 2

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en sciences infirmières.

Rédigé par Marie Peral à partir du cours du Pr Virginie GARDETTE présenté le 26 septembre 2024.

Sécurité des soins partie 2

VII. Les causes d'un incident : le modèle de Reason

Il y a des EI dans tous les métiers : « Il est beaucoup plus facile de reconnaître l'erreur que de trouver la vérité. La première est à la surface, et chacun peut aisément la saisir, la seconde est à une profondeur où il n'est pas donné à tous de pénétrer. » (Goethe).

Quand il y a un EI, on recherche un coupable. La vision est centrée sur l'individu, ses compétences, son inattention et sa décision non conforme à un protocole... Sauf que la réalité est souvent plus complexe, plus nuancée. En centrant l'EI sur l'individu, on fait souvent l'impasse sur le fait que si quelqu'un n'a pas su ou trouver l'information c'est peut être parce que l'information n'était pas disponible, il n'y a pas eu de formation correcte, il y a eu une interruption de tâche et l'individu n'était plus aussi attentif... Tout cela explique que ce n'est pas lié à un individu seulement mais bien à tout un environnement et un contexte. Il est donc nécessaire d'aller chercher la cause profonde et non la cause immédiate.

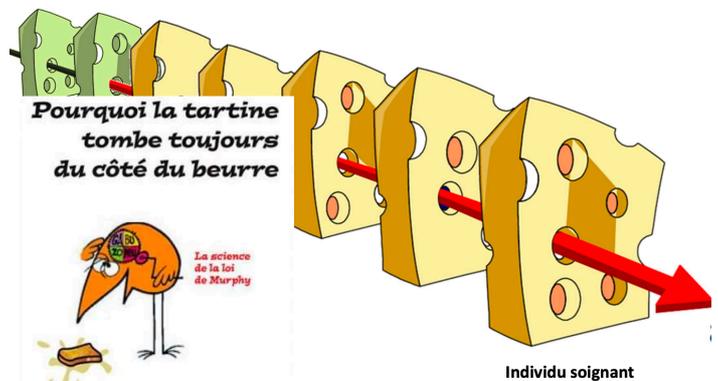
Exemple sur la série TV « Chernobyl », qui exemple très bien les différentes successions de dysfonctionnement qui se sont produit rendant ainsi possible la catastrophe de Chernobyl :

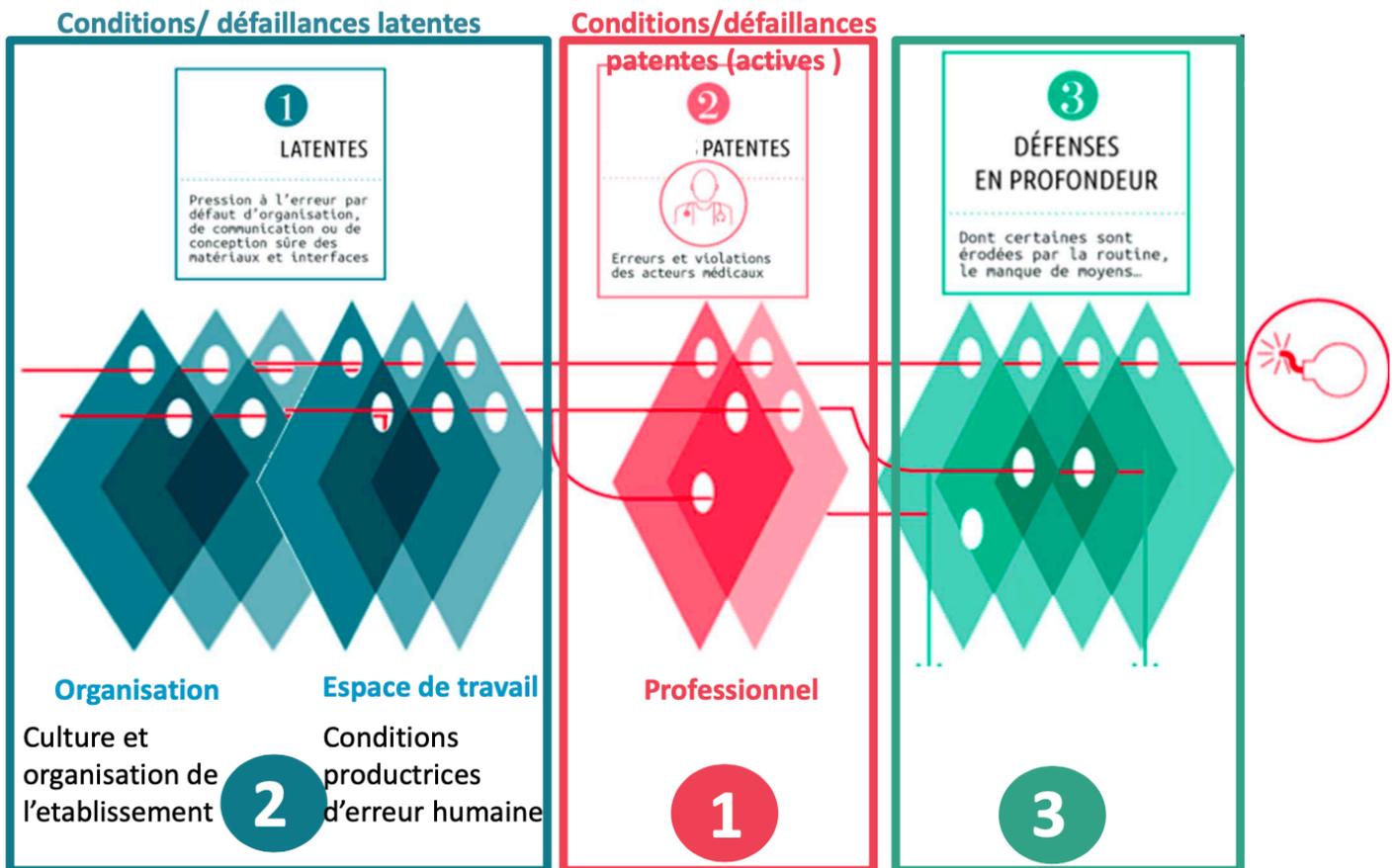
- Défaut conception réacteurs (causes économiques)
- Absence de vérification du fonctionnement dans des conditions climatiques extrêmes
- Absence de préparation suffisante des conditions nécessaires à l'essai par manque de temps
- Violation de règles concernant les tests
- Absence d'expression des désaccords (poids de la hiérarchie...)

Un dysfonctionnement n'arrive jamais seul, il y a une succession de dysfonctionnement entraînant une défaillance du système : c'est le modèle de Reason ou bien le modèle de « fromage suisse ».

Reason est un psychologue social. L'individu est bien présent dans la chaîne de succession d'évènements menant à un EI, mais il faut avoir une vision systémique d'EI.

On parle d'erreurs patentés = erreurs humaines (exemple : calcul de dose faussé), mais en plus on va chercher les erreurs latentes qui vont favoriser les erreurs patentés (exemple : interruption de tâche...). Pour qu'un EI surviennent il faut qu'il y ait des erreurs latentes qui génèrent des erreurs patentés et qu'il n'y ait pas de barrières de défense. On évolue dans un système où il y a beaucoup d'incertitudes, beaucoup d'imprévus, donc il y aura toujours des erreurs mais est-ce qu'il existe des barrières de protection mises en place ?





La vision systémique n'est donc pas une vision où on pointe du doigt un professionnel après un évènement indésirable.

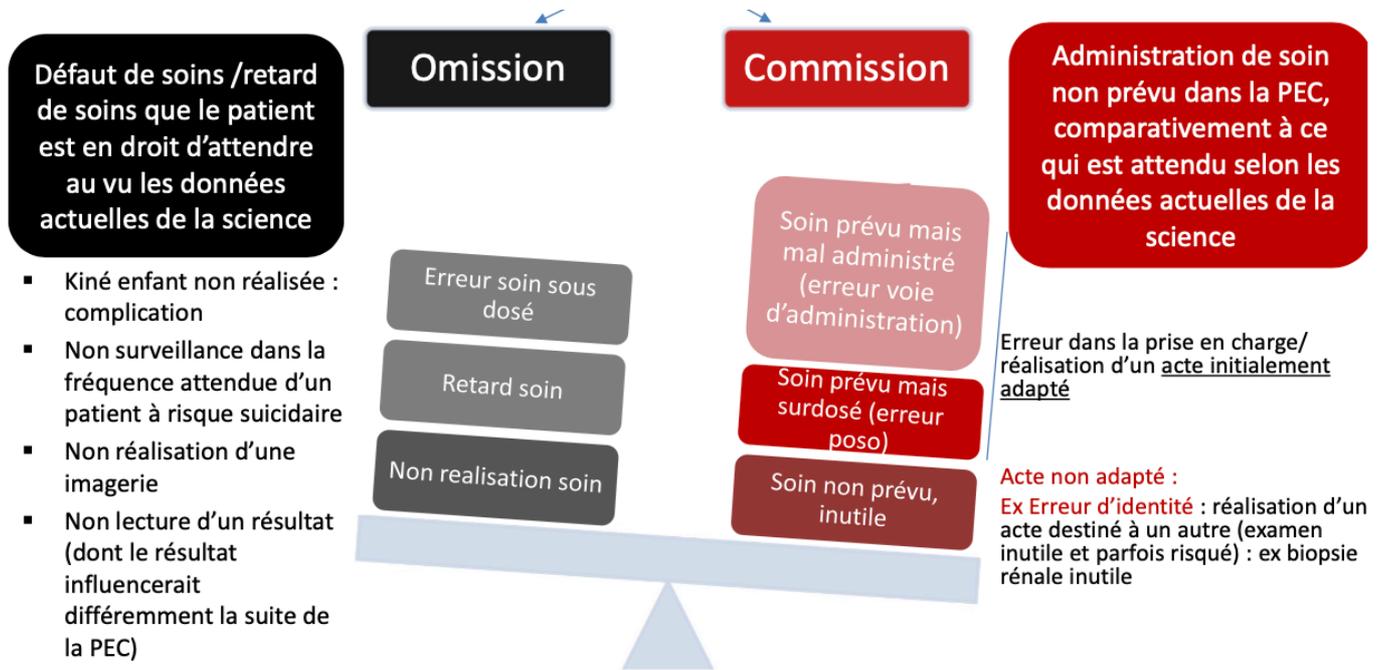
a. Erreur patente (erreur humaine)

Les erreurs patentes sont les erreurs du dernier maillon (professionnel), c'est donc souvent les plus visibles (exemple : erreur d'identité avec la retranscription d'un résultat d'un patient ou bien l'administration du mauvais traitement).

Elles se réalisent souvent par omission (oublie ou retard dans la réalisation d'un soin par exemple) ou bien par commission, c'est-à-dire un évènement imprévu en plus ou différemment que ce qui était prévu (exemple de la sur-irradiation des patients à Rangueil : le soin était prévu mais il n'a pas été réalisé comme il devait l'être).

Les défaillances patentes : c'est les défaillances immédiatement visibles et repérables par tous, au point du contact du système de soins avec le patient. Elles sont réalisées le plus souvent sans intention de nuire, par omission ou par commission et elles déclenchent l'EI (ce ne sont pas la cause de l'EI). Il y a deux cas de figure (à savoir +++):

- L'erreur (cf cours FHO) : écart **non intentionnel** à la règle/ procédure/ norme. Il y a 3 mécanismes :
 - **Erreur de routine, qui représente 70 à 80% des erreurs.**
 - Erreur d'activation des connaissances : représente 15 à 25% des erreurs.
 - Défaut de connaissances : moins de 3% des erreurs (junior ou senior face à une situation rare).



● **Violation** : Non respect **intentionnel** à la règle/ procédure/ norme (aussi fréquentes que les erreurs). Elle n'est pas toujours illégitime, ni nécessairement d'intention de nuire. Exemple : une patiente ne veut pas qu'on lui pose le bracelet d'identité car ça lui rappelle sa famille qui a été déportée dans la Shoah, le soignant respecte alors le souhait de la patiente. Il s'agit donc d'une violation car le soignant a choisi de ne pas mettre le bracelet à la patiente, pas dans l'intention de lui nuire mais plutôt dans l'intention de l'aider.

L'erreur est humaine et fréquente, mais elle est détectable. Le flux d'erreur est d'environ de 2 à 10 erreurs par heure (ce qui représente plus de 30 erreurs par jour). La majorité de ces erreurs sont en situation de stress, la privation de sommeil... Le taux de récupération des erreurs est presque de 100% quand on est en condition normale d'activité. En revanche, il est moins élevé quand on est en sous-charge et largement moins élevé quand on est en surcharge de travail. C'est le revers de toute activité mentale, penser pouvoir le réduire est illusoire. On a tout de même une capacité de détection et de récupération de l'erreur en particulier des erreurs de routine.



La question n'est pas de savoir comment on empêche les erreurs, mais comment on les récupère. Or lorsqu'on réfléchit à la sécurisation des soins, on ne pense pas à comment récupérer l'erreur mais bien à comment on peut éviter les erreurs. Nous avons encore de gros progrès à faire de ce côté-là.

Ce qui est associé à la sécurité des soins c'est la capacité de récupération et pas le taux d'erreurs.

Il y a des violations fréquentes devant la multiplicité des règles et de leurs antagonismes. Exemple : on doit garder une porte close accessible seulement avec un badge professionnel en raison d'un plan vigipirate, mais on est en période de COVID et on a reçu l'ordre de tout aérer.

Il faut savoir dissocier erreur, dommage et faute (à savoir +++). L'erreur est un fait : un écart, une prise en charge attendue. De nombreuses erreurs sont sans conséquences : détection et récupération. Des dommages peuvent survenir en l'absence d'erreur (aléa). Fault = défaillance (c'est un faux ami). La faute est un jugement moral ou juridique, elle n'est jamais utilisée en gestion des risques. Faute et responsabilité n'ont pas leur place dans une analyse d'EI.

L'homme est faillible et l'erreur est incompressible. Se focaliser sur l'erreur humaine est stupide et vouloir la réduire est illusoire. Exploiter la capacité humaine de détection de l'erreur c'est concevoir les lieux de travail pour minimiser sa survenue et la rendre visible. Voir l'erreur humaine comme une conséquence plutôt qu'une cause permettant de voir les conditions favorisant l'erreur.

b. Les causes latentes

Il ne faut pas s'arrêter aux causes immédiates et avoir une vision systémique de l'erreur : importance de prendre l'erreur à la racine afin de rendre visible l'erreur avant qu'elle n'est de conséquence pour le patient. Pour cela, l'équipe et l'organisation du service jouent un rôle important (cf FHO, cf cours UEC 17).

Plus de 80% de causes de non sécurité sont organisationnelles (Juran) :

Répartition des facteurs contributifs des EIG évitables identifiés pendant l'hospitalisation - 2009

Facteurs ayant favorisé l'EIG	EIG évitables (n=87)	
	Nombre	(%)
Défaillance humaine d'un professionnel	24	27,6
Supervision insuffisante des collaborateurs	23	26,4
Mauvaise définition de l'organisation et de la réalisation des tâches	11	12,6
Communication insuffisante entre professionnels	21	24,1
Composition inadéquate des équipes	14	16,1
Infrastructures inappropriées	15	17,2
Défaut de culture qualité	7	8

Les pourcentages calculés correspondent aux rapports des effectifs observés dans l'enquête et ne tiennent pas compte des redressements effectués pour corriger les biais d'échantillonnage et la non-réponse.

Sources • Enquêtes ENEIS 2004 et 2009, DREES, exploitation CCECQA.

Les facteurs humains et organisationnels sont des « causes profondes » et donc des facteurs contributifs.

En situation de stress, de fatigue, de démotivation, de lassitude on est amené à générer des erreurs. Mais il y a aussi des biais cognitifs (cf cours FHO).

Exemple : le supérieur hiérarchique résume le dossier du patient qui est entré la veille, il se trompe sur les antécédents et je sais qu'il s'est trompé car c'est moi qui est fait les observations. En recherche, je n'ose pas le reprendre car c'est mon supérieur et c'est mal venu de lui dire qu'il s'est trompé. Le simple fait que je

n'ose pas exprimer l'inexactitude de ses propos ce n'est peut-être pas grave, mais aujourd'hui ça va avoir des conséquences particulières et générer un EI.

Situation de travail Collectif de travail

Charge travail	Communication (absente, ambiguë?)
Matériel	Entente/climat/ cohésion vs lutte pouvoir
Informatique	Interruptions de tâche
Locaux	Définition et répartition tâches
Protocoles	Supervision

Organisation, management

Procédures adaptées?
Ressources financières: priorité à la production > sécurité ?
Ressources humaines
Politique de formation, achats/sous-traitance
Culture sécurité : exemplarité, lenteur décisions
signalement 'tué', sanctions, silence organisationnel

Individus

Fatigue
Stress
Lassitude/démotivation

Biais cognitifs

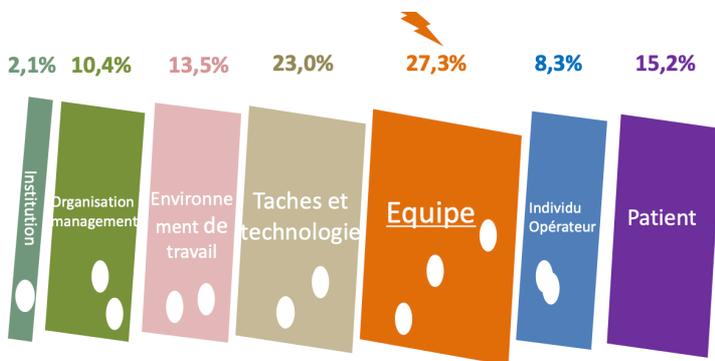
Ce malade est bien celui que je dois emmener au bloc

Ecart à la rationalité dans le jugement
Etiquettes diagnostiques
Effet tunnel, biais d'ancrage, de confirmation
Soumission à l'autorité
Excès de confiance
...

Quand ?
Urgence
Excès d'infos
Manque de sens

Grilles d'analyse systémique :

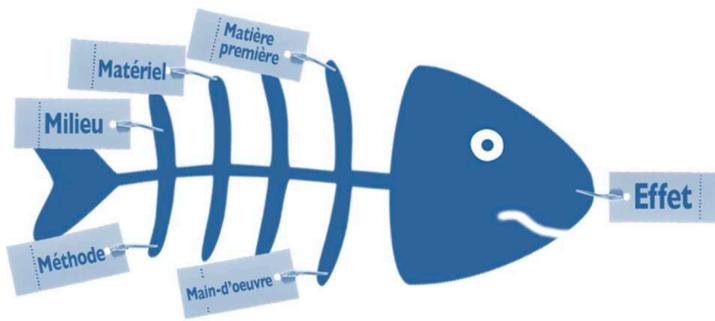
- ALARM = La plus couramment utilisée et recommandée par la HAS (spécifique au domaine de la santé, polyvalente). Certains facteurs sont plus contributifs que d'autres (communication entre professionnels +++):



GRILLE ALARM	
Facteurs contributifs par catégorie	
1. Facteurs liés au patient	1.1 Antécédents 1.2 Etat de santé (pathologies, co-morbidités) 1.3 Traitements 1.4 Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux 1.5 Relations conflictuelles
2. Facteurs liés aux tâches à accomplir	2.1 Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés) 2.2 Résultats d'examen complémentaires (non disponibles ou non pertinents) 2.3 Aides à la décision (équipements spécifiques , algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations) 2.4 Définition des tâches 2.5 Programmation, planification
3. Facteurs liés à l'individu (soignant)	3.1 Qualifications, compétences 3.2 Facteurs de stress physique ou psychologique
4. Facteurs liés à l'équipe	4.1 Communication entre professionnels 4.2 Communication vers le patient et son entourage 4.3 Informations écrites (dossier patient...) 4.4 Transmissions et alertes 4.5 Répartition des tâches 4.6 Encadrement, supervision 4.7 Demandes de soutien ou comportements face aux incidents
5. Facteurs liés à l'environnement de travail	5.1 Administration 5.2 Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène etc) 5.3 Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites 5.4 Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux) 5.5 Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance) 5.6 Effectifs (inadaptés en nombre ou en compétences) 5.7 Charge de travail, temps de travail 5.8 Retards, délais
6. Facteurs liés à l'organisation et au management	6.1 Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels) 6.2 Gestion des ressources humaines, interim, remplaçant 6.3 Politique de formation continue 6.4 Gestion de la sous-traitance 6.5 Politique d'achat 6.6 Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement 6.7 Ressources financières
7. Facteurs liés au contexte institutionnel	7.1 Politique de santé publique nationale 7.2 Politique de santé publique régionale 7.3 Systèmes de signalement

ORION

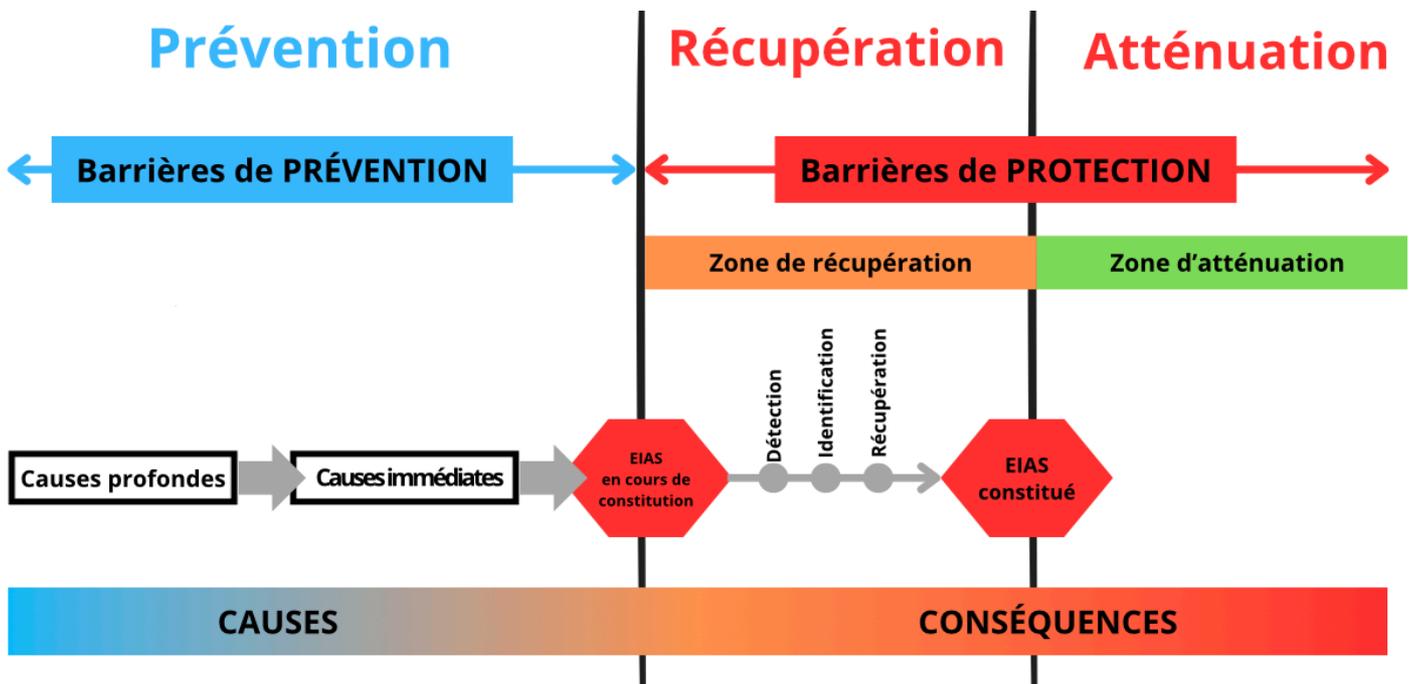




c. Les barrières de défense

Il y a 3 types de barrières de défense (à savoir ++):

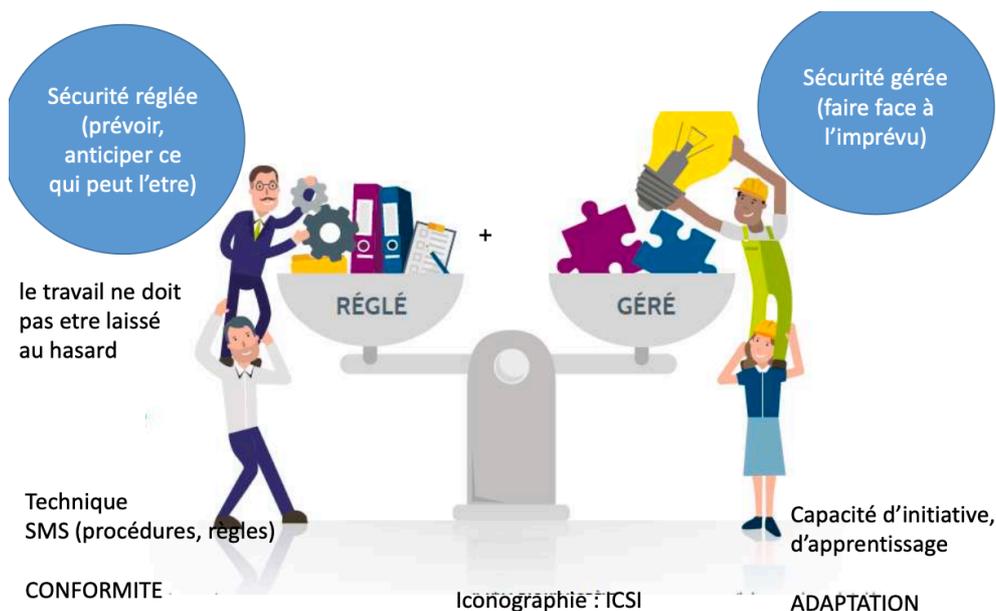
- **Prévention** : qui s'oppose à la survenue d'un EIAS, on évite alors l'EIAS / l'erreur. On réduit le risque en diminuant sa fréquence. Il faut adapter l'environnement avec des détrompeurs. Attention : il ne faut pas surestimer les barrières de prévention (procédures / règles inapplicables car mal conçues = caduques, contradictoires, chronophages... => violations). Exemples de prévention : réglementation, formation, protocoles, Do list, ergonomie, détrompeurs, simulation aux compétences non techniques...
- **Récupération** : qui annule les conséquences d'un EIAS (l'erreur est commise mais récupérée avant d'avoir des conséquences). L'erreur est rendue visible pour la détecter et réagir avant qu'elle n'ait de conséquence. Exemple de récupération : SAED, double check, bracelet d'identité...
- **Atténuation** : qui limite les conséquences d'un EIAS (l'accident est avéré, mais les mesures mises en place en limitent la gravité). Exemple d'atténuation : antidote, soins intensifs, annonce du dommage...



Un système sûr multiplie ses barrières de défenses, il y a donc une coexistence des 3 types de barrières de défense (ne pas surestimer les barrières de prévention, mettre l'accent sur la récupération).

La violation / déviation peut s'avérer salutaire face à des règles pas toujours disponibles / applicables. La capacité d'adaptation et d'innovation s'émeousse avec sécurité réglée.

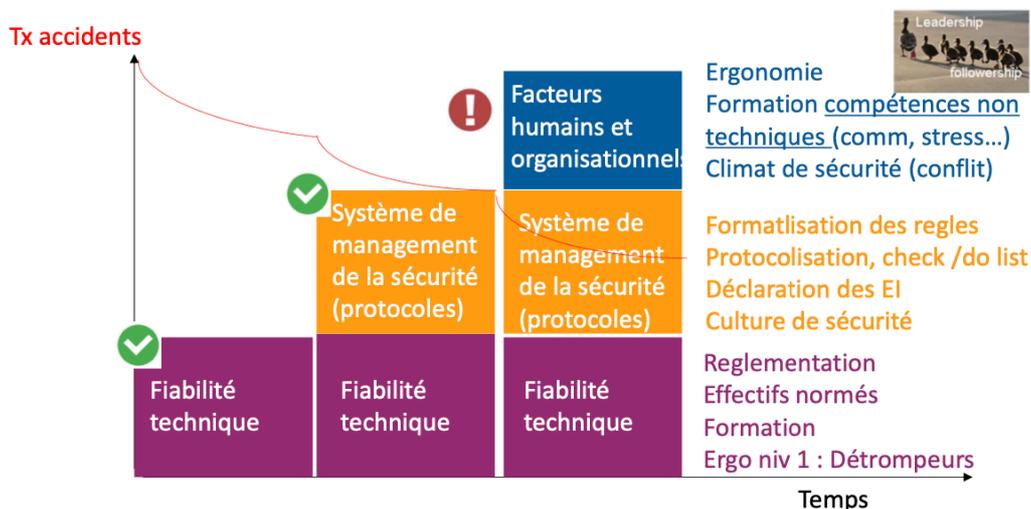
Les règles et les procédures sont importantes mais insuffisantes :



Pour conclure sur le modèle de Reason : il faut avoir une vision systémique et donc changer de paradigme. Analyser les causes profondes permet de dépasser des conclusions individuelles.

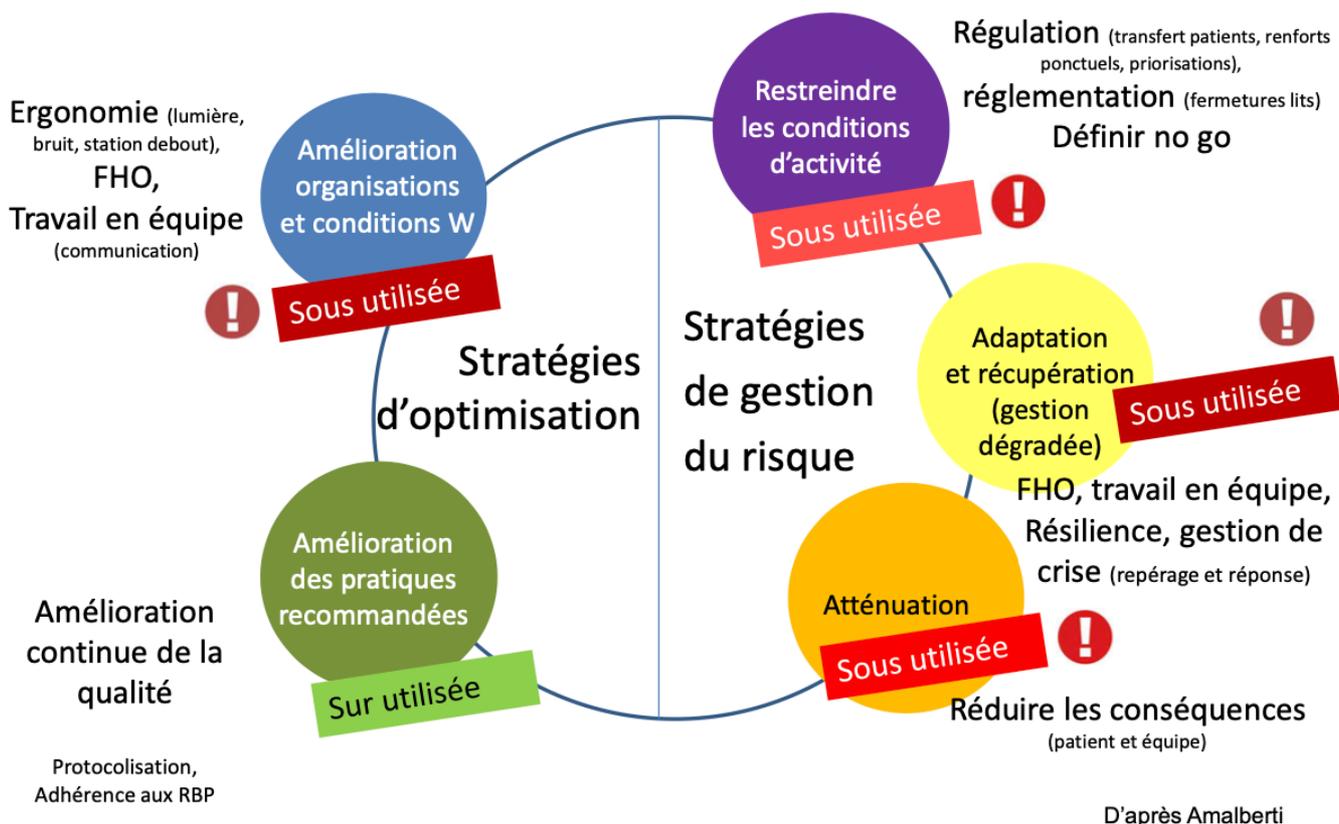
Qui est coupable ?	Qu'est-il arrivé ?
Improductif et délétère	Approche systémique
Centrée sur l'individu	Centré sur le système
Compétence	Gestion de compétences
Inattention	Organisation et conditions de travail
Décision non conforme à un protocole	Gestion documentaire

Historique de l'amélioration de la sécurité et composantes de la performance en sécurité :



3 leviers complémentaires

Stratégies de sécurité disponibles : il y a 5 familles et plus de 60 types d'interventions identifiés mais seulement quelques unes (moins de 5) sont utilisées en santé.



Il faut donc adapter les stratégies de sécurité :

Modèles	Ultra résilient	Organisation à haute fiabilité: HRO*	Ultra sûr
Contexte	Le risque est associé à l'excellence	Le risque est inhérent à l'activité	Le risque est exclu
Culture	Le héros	Intelligence collective	Procédures Supervision
pouvoir	Les experts	L'ÉQUIPE	L'agence de contrôle
Formation	Imiter le rôle modèle	Travailler en ÉQUIPE	Respecter les règles
Priorités	Atténuation	Récupération	Prévention