



## **Cours : L'erreur est humaine**

### **Module : L'organisation des systèmes et l'effet de la complexité sur les soins en santé.**

#### **Résumé**

**Le devenir des patients repose sur un grand nombre de personnes qui font ce qu'il faut au moment où il le faut. En clair, ils dépendent d'un système de santé. Être un professionnel de santé qui exerce dans des conditions de sécurité suppose une compréhension des interactions complexes et des rapports humains inhérents au domaine des soins. Cette connaissance peut permettre aux praticiens d'identifier les sources d'erreurs potentiellement dangereuses pour les patients et prendre des mesures de prévention.**

#### **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 ».
- 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 des connaissances de ses composantes. Cette définition d'un système complexe peut parfaitement être transposée à la dispensation des soins de santé.
- Tout professionnel de santé doit avoir conscience du niveau de complexité des soins de santé car c'est important pour prévenir les événements indésirables. Soigner est complexe en raison de :
  - 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 ;
  - la variabilité dans la configuration physique des environnements de soins ;
  - la variabilité ou l'absence de réglementations ;
  - la mise en place de nouvelles technologies ;
  - 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.

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 le système et le maintient debout.

- Bien que les professionnels de santé se confrontent à de nombreuses difficultés sur leur lieu de travail et saisissent peut-être même les multiples composantes propices aux erreurs, la pensée systémique leur échappe encore souvent car, en général, les concepts 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.
- Une 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'individuel mais sur l'organisationnel.
- Cela nous pousse à passer de la culture de culpabilisation à l'approche systémique.

L'approche systémique nous permet d'examiner les facteurs organisationnels à l'origine des systèmes de santé dysfonctionnels et des accidents/erreurs (procédures défectueuses, défauts de conception, travail d'équipe déficient, contraintes financières et facteurs institutionnels) au lieu de nous 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 procédures de soins.

## Deux écoles:

### 1. L'approche traditionnelle lorsque les choses se passent mal

- Cette approche consiste à **culpabiliser et humilier** les professionnels de santé les plus directement impliqués dans les soins du patient au moment de la survenue d'un événement indésirable ou d'une erreur. Bien que l'on ait fortement et naturellement tendance à culpabiliser une personne de manière individuelle, cette habitude est en réalité inutile et contreproductive.
- Les professionnels de santé ne causent pas délibérément des dommages à leurs patients. (Un acte délibéré constitue une violation).
- Un professionnel de santé impliqué dans un événement indésirable/une erreur est susceptible de se retrouver dévasté et de devenir la « deuxième victime »
- Les professionnels hésiteront à déclarer tout incident/toute erreur s'ils s'exposent à des sanctions.
- Dans une culture de culpabilisation, 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.
- L'approche systémique requiert une compréhension des facteurs sous-jacents qui ont contribué à l'EIAS sans toutefois atténuer la responsabilité des professionnels de santé, lesquels doivent répondre de leurs actes.

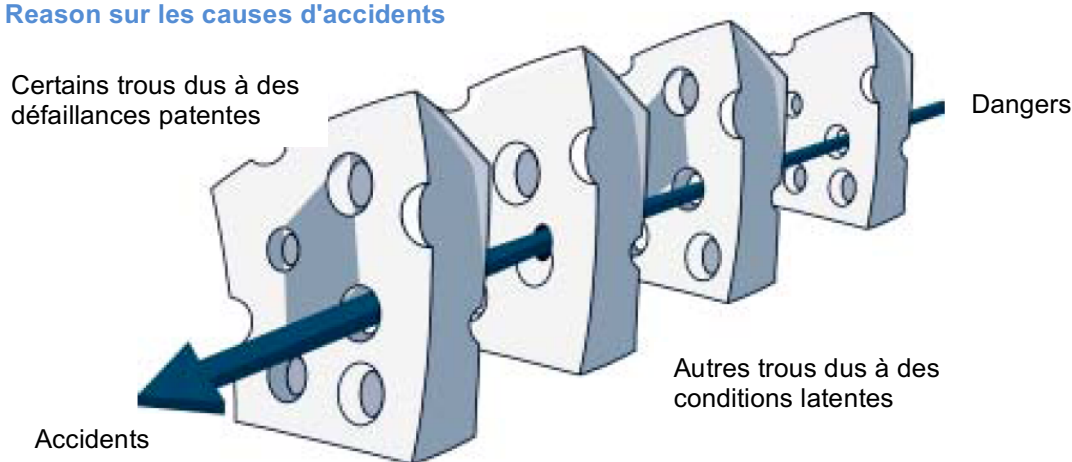
**Responsabilité** : l'ensemble des professionnels de santé ont des responsabilités éthiques et juridiques auxquelles ils doivent répondre. Bien que celles-ci soient susceptibles de varier selon les pays, elles visent à rassurer la communauté sur le fait que les professionnels de santé sont dignes de confiance car leurs connaissances, leurs compétences et leur comportement sont conformes aux prérequis établis par l'ordre professionnel pertinent. La responsabilité est une obligation professionnelle et nul ne pense que les professionnels de santé ne devraient pas être tenus pour responsables. La responsabilité du système est également importante. Elle inclut la mise en place de mécanismes de responsabilité justes, transparents et prévisibles. Les membres du personnel savent ainsi parfaitement pour quels types de questions leur responsabilité individuelle pourrait être engagée et bénéficient d'un soutien pour fournir des services de santé plus sûrs.

### 2. 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.
- Par conséquent, la meilleure solution à une erreur serait de tenter de changer le système en adoptant l'approche systémique.
- L'approche systémique en santé demande de comprendre les multiples facteurs intervenant dans chacune des composantes du système de santé.
- Elle vise à améliorer la conception du système afin de prévenir les erreurs à l'avenir et/ou à minimiser leurs conséquences.
- Reason a décrit les éléments du système qui devraient être intégrés à une approche de « pensée systémique » :
  - Facteurs relatifs au patient
  - Facteurs relatifs au professionnel de santé
  - Facteurs relatifs aux tâches
  - Facteurs relatifs à la technologie et aux outils
  - Facteurs relatifs à l'équipe
  - Facteurs relatifs à l'environnement
  - Facteurs relatifs à l'organisation

- 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 et des erreurs médicales. Ce modèle montre dans quelle mesure une défaillance à un niveau du système ne suffit généralement pas à causer à elle seule un accident. Les événements indésirables sont en général le fruit de plusieurs défaillances qui se produisent à plusieurs niveaux (par exemple, des professionnels fatigués, + des procédures inappropriées + un équipement défectueux) et s'alignent momentanément, permettant la création d'une « trajectoire accidentelle ».

#### Modèle dit du « fromage suisse » de James Reason sur les causes d'accidents



Couches successives de défenses, de barrières et de protections

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

- Le terme « organisation à haute fiabilité » (High Reliability Organization) 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.
- 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.
- Caractéristiques des organisations à haute fiabilité
  - 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 : rechercher proactivement les menaces inattendues pour les déjouer avant qu'elles ne causent un quelconque dommage.
  - Sensibilité aux opérations : s'intéresser aux difficultés rencontrées par les professionnels travaillant en première ligne.
  - Culture de la sécurité dans laquelle les personnes pointent aisément du doigt les éventuels dangers ou les défaillances existantes sans crainte d'être jugées.

#### Transposer les leçons apprises des HRO à la santé

La culture de la sécurité n'est pas encore bien ancrée en 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 dans la survenue de catastrophes.

#### Aspects majeurs de la théorie HRO

- Maintenir une culture de la sécurité solide et uniforme
- Utiliser des structures et des procédures optimales
- Fournir une formation intensive et continue aux personnes et aux équipes
- Faire preuve de rigueur dans l'apprentissage organisationnel et la gestion de la sécurité

***L'approche systémique permet d'appréhender et d'analyser les multiples facteurs contributifs des 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 et la promotion d'une culture de la sécurité en santé.***

© 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>