

De la culture du blâme à la culture de l'erreur

Silvana Irniger

La relation à l'erreur dans la vie quotidienne est très souvent empreinte d'accusation. Or, il se trouve que des carences systémiques jouent un rôle majeur dans l'émergence d'erreurs. Cet article donne un aperçu de l'état actuel de la recherche dans ce domaine et explique l'origine et les effets des systèmes de notification d'erreur. En conclusion, suivront des propositions de mesures concrètes visant à promouvoir une culture constructive des erreurs en anesthésie.

Introduction

En salle d'opération, plusieurs collaborateurs de disciplines différentes travaillent ensemble afin d'obtenir le meilleur résultat possible pour le patient. Les erreurs potentielles peuvent avoir des conséquences dévastatrices pour la santé et le psychisme du patient et entraîner d'énormes coûts de santé publique. Au quotidien, l'attitude face aux erreurs est souvent marquée par une culture du blâme (c'est de ta faute). Ainsi, il est inutile d'aborder les erreurs du système. Dans de nombreux domaines où des êtres humains peuvent subir un préjudice, par exemple dans l'aviation, il existe des systèmes de sécurité. Dans le système de santé, le Critical Incidents Reporting System (CIRS) est utilisé dans de nombreux endroits. L'objectif est de décrire les erreurs et les incidents critiques avec précision, de les transmettre de façon anonyme, de les analyser et d'en déduire des mesures visant à prévenir des incidents similaires à l'avenir. Dans de nombreux articles et livres, il est réclamé de toute urgence un transfert de la culture du blâme à celle de l'erreur. L'anesthésie est très complexe. Les incidents critiques et les erreurs doivent être immédiatement détectés, signalés et analysés de façon à pouvoir en tirer des conclusions pour l'avenir.

Théories de l'erreur

Depuis la révolution industrielle, un domaine de recherche d'erreur a été créé, qui ne considère pas les erreurs comme des événements aléatoires. Au premier plan de la recherche d'erreurs, se posent des questions telles que «quoi» et / ou «pourquoi» (Löber 2012). A ce jour, aucun consensus ne peut être trouvé au sein des nombreuses définitions de l'erreur dans la littérature. Reason dit, dans Löber (2012), « le comportement maladroit est un terme générique qui couvre tous les événements dans lesquels une séquence planifiée d'activités intellectuelles ou physiques ne conduisent pas au résultat escompté, pour autant que les insuccès ne puissent pas être attribués à une influence étrangère » (p. 14-15). Weingardt définit dans Löber (2012): " Un sujet définit comme erreur, au vu d'une alternative, n'importe quelle variante, qui lui paraît – en relation à un contexte en corrélation et à un intérêt particulier - tellement pernicieux qu'elle ne lui semble pas souhaitable" (p 17). Dans cette définition, le terme d'erreur implique toujours une évaluation subjective. Elle ne se base plus en fonction du résultat d'une analyse objective, mais plutôt en tant que résultat d'une chaîne d'effets. Ensuite, il y a les « quasi-erreurs » (near misses) qui restent sans conséquences grâce à des corrections ou à d'heureuses circonstances. Les erreurs latentes sont des erreurs du système, qui causent des dommages souvent après beaucoup de temps ou si plusieurs facteurs sont réunis. En fin de compte la culture de l'erreur montre comment les erreurs sont traitées (Orlicek 2011).

Gestion des erreurs

Comme on suppose dans l'industrie que les erreurs dans les systèmes complexes ne peuvent pas être totalement exclues, on va essayer d'atteindre un niveau élevé de sécurité, en particulier dans les organisations à risque (High-Risk-Organisations - HRO) telles que les centrales nucléaires, les équipes de contrôle du trafic aérien, l'aéronautique et les équipes médicales d'urgence dans les hôpitaux (Mistele 2005). Davis & Aitkenhead (2001) décrivent l'anesthésie comme intrinsèquement peu sûre. Le patient anesthésié est exposé à divers risques (complications possibles), y compris les actions ou non-actions de l'anesthésiste, le fonctionnement ou le mauvais fonctionnement de

l'équipement ainsi que les effets et les effets secondaires des médicaments. Les chiffres sur la fréquence des erreurs en anesthésie sont des estimations. On peut supposer que des erreurs se produisent plus souvent qu'on ne le pense. Jusqu'à présent, le coût des erreurs médicales ont été en grande partie couvertes par l'assurance maladie. Avec le système DRG nouvellement introduit, les hôpitaux devront assumer les conséquences financières des erreurs, ce qui rend une approche professionnelle inévitable.

Reason, dans Orlicek (2012), indique deux possibilités d'accéder aux erreurs. La première est de rendre responsable la personne qui a fait l'erreur et de la punir (naming-blaming-shaming). La seconde, possibilité plus durable, est l'approche axée sur les systèmes, dans lesquels toutes les conditions dans lesquelles on travaillait, sont décrites, analysées et évaluées. Un aspect important est d'enquêter sur les raisons pour lesquelles les stratégies de défense existantes ont échoué. D'après les résultats d'analyse, il faut élaborer des stratégies pour prévenir les erreurs et / ou les minimiser. Le Swiss-Cheese-Modell de Reason, dans Löber (2012), est reconnu scientifiquement et est souvent utilisé dans les recherches sur la sécurité des patients. Une erreur humaine n'est pas nécessairement considérée comme une mauvaise action, mais comme le résultat d'une mauvaise conception du système socio-technologique. Le modèle fait la distinction entre les erreurs actives et latentes. Les erreurs causées dans l'interface homme-machine par des personnes sont considérées comme des erreurs actives. Les erreurs latentes (par exemple le manque de personnel, insuffisance des infrastructures, des problèmes de communication) sont généralement cachées au niveau systémique et n'ont aucun effet immédiat. Mais si l'erreur latente entre en contact avec des facteurs déclenchants locaux, comme une erreur active, le contact peut conduire à un plantage du système. Reason décrit aussi ces erreurs latentes symboliquement comme « virus résidents. » Cela montre qu'il existe des facteurs dans les systèmes qui ont un «pouvoir pathogène." Löber (2012) affirme que les facteurs latents, selon beaucoup d'experts, sont la principale cause d'erreurs graves dans les hôpitaux. Les erreurs latentes ne peuvent généralement être éliminées que de manière interdisciplinaire, et il faudrait y travailler.

Dans le sens contraire des aiguilles d'une montre, en commençant par le haut :

Texte image : A- Déclenchants locaux
Défauts ou problèmes internes
Conditions atypiques
B- Erreurs latentes au niveau du management
C- Signes psychologiques avant-coureurs
D- Mécanismes de sécurité internes
« Défense » contre les erreurs
E- Trajet d'une possibilité d'accident
F- Accident

Les tranches individuelles de fromage avec leurs trous représentent les mécanismes de sécurité, les stratégies de défense et les obstacles, tels que listes de contrôle, directives, formation adéquate, personnel en suffisance, etc. Dans le cas optimal, il n'est pas possible de traverser toutes les tranches. En réalité, ces tranches changent leur position en permanence. Ce faisant, un passage adapté peut être ouvert et un accident se produit. Un facteur latent peut par exemple être une mauvaise communication, qui frappe une personne fatiguée au travail. La base d'une erreur ou d'un accident est défini (Löber 2012).

Le Swiss-Cheese-Modell n'aborde cependant pas la question de savoir comment se forment les trous individuels. En conséquence, le transfert direct en pratique est difficile. Dans de nombreux domaines, ce modèle a été développé spécifiquement et les facteurs de risque qui peuvent conduire à des trous dans les tranches de fromage sont définis. L'aviation a fait du Swiss-Cheese-Modell, avec ses extensions spécifiques, un "Human Factors Analysis and Classification System» (Löber 2012).

Culture de la sécurité

Le terme «Culture de sécurité» a été utilisé pour la première fois dans le cadre de la catastrophe de Tchernobyl par l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA). Une définition très détaillée de la culture de sécurité provient de Nieva en 2003, citée par Orlicek (2011, p. 13-14): "la culture de la sécurité dans une organisation est le produit des valeurs, des attitudes, des perceptions, des compétences et des comportements au niveau individuel et de groupe, qui déterminent l'engagement, le style et le professionnalisme de la gestion de la santé et de la sécurité d'une organisation. Les organisations ayant une culture positive de la sécurité sont caractérisées par une communication fondée sur la confiance mutuelle, le partage conjoint des points de vue sur l'importance de la sécurité et la confiance en ce qui concerne l'efficacité des mesures préventives." Les systèmes de sécurité ont un bénéfice pour le patient, uniquement si elles sont appliquées (Orlicek 2011). Les dangers possibles de facteurs latents pour la sécurité des patients peuvent être réduits si l'on en est conscient (Alef 2007). Un outil pour l'analyse des erreurs est la gestion des risques. Les méthodes contenues là sont par exemple les cercles de qualité, les études de cas et les analyse CIRS. De nombreux professionnels de la santé ont des difficultés à faire face à des erreurs, car ils sont formés à la perfection. C'est seulement après des publications telles que « To err is human. Building a safer Health System » (Kohn, Corrigan & Donaldson 2000) ou « Clinical Risk Management » (Vincent 2001) que l'on a abordé la question. Les données exactes sur le nombre d'erreurs ou de quasi-erreurs en médecine ne sont pas connues.

Les erreurs se produisent souvent à la liaison entre les différents groupes professionnels. La comparaison des hôpitaux et de l'aviation repose sur de nombreuses similitudes. Dans les deux domaines, il y a des hiérarchies et les deux vivent avec le fonctionnement de l'équipe. Dans l'aviation, de même qu'en médecine, les erreurs peuvent avoir des conséquences mortelles (Haller & Fink 2006). La recherche sur les facteurs humains dans les autres organisations à haut risque indique qu'un modèle mental partagé de travail d'équipe est essentiel pour une performance efficace de l'équipe. Il est important que les employés comprennent les différents rôles et la structure de l'équipe.

Culture de la sécurité et droit

En raison du manque de lignes directrices légales, un système de rapport d'erreurs en Suisse, comme le CIRS, n'est pas protégé contre des poursuites pénales. Il est urgent et impératif que les bases de données des systèmes de rapports d'erreurs soient mises à l'abri par une protection de la confidentialité, car en Suisse le droit d'édition domine. Cela signifie qu'un juge d'instruction est forcé, lors de l'instruction, de réquisitionner même les bases de données des systèmes de rapport d'erreur. Si on y trouve plusieurs rapports d'incidents similaires sans que le service ait entrepris quelque chose à ce sujet, cela peut mener à une responsabilité organisationnelle et à une action en justice. Selon Staender, Kieser, & Leu (2011), un tel cas ne s'est encore jamais produit en Suisse. Les règles de confidentialité indispensables n'existent ni au niveau cantonal ou ni au niveau fédéral. C'est pourquoi, selon Haller et al (2005), le service juridique de la FMH à Berne exige une garantie d'engagement de but, à savoir des modifications législatives claires et une base juridique claire, afin que les systèmes de signalisation des événements critiques ne puissent pas être détournés de leur utilisation par le juge ou l'assureur.

L'émergence de systèmes de rapports d'erreurs

L'aviation est considérée comme pionnière de la culture de la sécurité et d'évitement des erreurs. Selon Orlicek (2011), Flanagan décrit en 1954, pour la première fois, la méthode d'analyse des incidents critiques (Critical-Incident-Analyse), comme résultat des études menées par l'US Air Force pendant la Seconde Guerre mondiale. En 1975, l'Aviation Safety Reporting System (ASRS) a été développé en collaboration avec la NASA. Les employés de tous les secteurs peuvent signaler les situations peu sûres ou dangereuses de façon anonyme. L'ASRS les informe au moyen de bulletins et de journaux sur les annonces et les propositions de solutions. À ce jour, sur la base de

l'ASRS, différents autres systèmes se sont formés. En Europe, on trouve EUCARE, European Confidential Aviation Safety Reporting Network (<http://www.cirs.ch/Vincentnew.pdf>). Le premier travail sur le thème du CIRS dans le domaine médical a été publié en 1971 par Blum (Orlicek 2011). Il provient du domaine de l'anesthésie. En 1991, le premier travail scientifique est publié à ce sujet. Conclusion: Beaucoup d'évènements indésirables dans les hôpitaux auraient pu être évités.

Développements en Suisse

Le Dr. Hans Gerhard Schäfer, anesthésiste à l'Hôpital universitaire de Bâle, pensait que la formation des équipes avec simulation, comme c'était déjà couramment le cas dans l'aviation, apporterait également une augmentation de la sécurité en médecine. C'est pourquoi le premier simulateur pour des simulations en anesthésie et en chirurgie fut créé à l'Hôpital cantonal de Bâle (Haller et al 2005). Le premier CIRS dans un hôpital suisse a été introduit en 1996 dans le département d'anesthésie à Bâle (Orlicek 2011). L'anesthésiologie a joué un rôle de pionnier dans le domaine du CIRS. Il y a 25 ans, on comptait encore un mort sur 10'000-20'000 anesthésies, aujourd'hui, il y en a moins d'un sur 200.000 anesthésies. 2003 a vu la création de la Fondation nationale pour la sécurité des patients, avec la participation de médecins, de dentistes, de pharmaciens, d'infirmiers, de physiothérapeutes et de l'Office fédéral de la santé publique. En faisant la fondation, une plateforme a été créée pour améliorer systématiquement et de manière généralisée la sécurité des patients, (Haller et al 2005).

CIRS - L'instrument

Le CIRS sert appréhender le stade préliminaire des erreurs – aussi appelé Critical Incident - dans le but d'éviter les dommages. Il est basé sur le volontariat, l'anonymat, l'abandon de punition pour ceux qui alertent et l'immunité contre les poursuites judiciaires. Le succès repose sur les compétences et les qualifications des collaborateurs chargés de la prise en charge du système d'information d'erreurs. Le CIRS doit constamment être mis à jour, et les employés doivent recevoir régulièrement des commentaires sur les annonces et les mesures qui en découlent. Tous les employés doivent être formés pour comprendre le sens du système et à l'utiliser. Afin d'assurer l'anonymat, les informations peuvent être données sous la forme de newsletter ou d'affiches (Orlicek 2011).

Le CIRS peut également être utilisé en commun avec d'autres hôpitaux ou institutions (Orlicek 2011). Il existe des réseaux entiers de systèmes de rapports d'erreur, comme le Critical Incident Reporting & Reacting NETWORK (CIRNET). Celui-ci est exploité depuis 2006 par la Fondation pour la sécurité des patients en Suisse et la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation (SSAR). Les problèmes peuvent être identifiés, et des experts formulent des recommandations qui sont régulièrement publiées sous forme de « Quick-alerts » par la fondation pour la sécurité des patient (<http://www.cirnet.ch/index.asp>)

Doivent être signalés les incidents avec des médicaments, les erreurs de communication, les délais d'attente inadéquats, les protocoles ou les checklists manquants, le monitoring inapproprié, etc. Pour chaque annonce, un rapport de cas et une réponse sont préparées. Le contenu des annonces est détenu par l'hôpital et est soumis au devoir de confidentialité.

Ne font pas partie du CIRS les erreurs de traitement, les complications avec des dommages, des décès hors-norme et des cas de responsabilité civile évidents.

Chemins vers une culture d'erreurs

Outre les systèmes de déclaration des « quasi-erreurs », il y a d'autres méthodes de création d'une culture d'erreurs. L'étude détaillée des dossiers a été fréquemment appliquée surtout au début de la gestion du risque et de la qualité dans le domaine médical. La condition préalable pour cela est de disposer d'une documentation précise. Une autre méthode est l'analyse directe des incidents, aussi appelée « Failure Modes and Effects Analysis » (FMEA). Ici, chaque étape du processus complet est identifié, analysé et examiné pour trouver des sources d'erreurs possibles. Puis, en conséquence, des changements nécessaires sont mis en route. En ce qui concerne le Speak Up, il s'agit de la

communication entre les différents niveaux de la hiérarchie.

Les complications et les incidents rares (par exemple l'hyperthermie maligne, l'embolie gazeuse, une réaction transfusionnelle hémolytique, l'anaphylaxie, la bronchoconstriction et le laryngospasme sévère, l'intoxication aux anesthésiques locaux, l'aspiration, etc) devraient être régulièrement exercés. Grâce à une formation régulière et en lien avec une situation concrète, les connaissances restent plus longtemps (Mistele 2005). Selon Orlicek (2011), des listes de contrôle (checklists) sont d'une importance énorme pour la sécurité des patients. Elles doivent être régulièrement revues et adaptées. Les listes de contrôle pour les situations d'urgence doivent contenir les mesures initiales les plus importantes. Elles sont particulièrement utiles en format de poche.

En ce qui concerne la communication ouverte et sans obstacles, le besoin d'agir se fait particulièrement sentir dans le domaine de la santé. Les modèles de l'aviation, tels que le Crew Resource Management (CRM), pourraient être adaptés. L'utilisation personnelle des erreurs est importante. Selon Mahler (2008), l'obligation d'un développement professionnel continu doit également être inclus. Une partie en est la réflexion régulière sur sa propre pratique. Le développement professionnel continu des compétences est perçu par les employés, la direction et la science comme un aspect essentiel de la satisfaction des employés. C'est justement parce que le développement des compétences des salariés revêt une telle importance qu'une culture d'apprentissage continu dans l'entreprise est nécessaire pour maintenir élevée la sécurité des patients.

Conclusion

Dans "The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology" (2010) (www.euroanaesthesia.com), il s'agit de la sécurité des patients dans tous les domaines de l'anesthésie. Dans la déclaration, les conventions sont consignées, comment on peut maintenir dans la vie quotidienne les étapes précédemment obtenues dans le développement d'une culture de la sécurité et où l'accent devrait être mis dans la recherche à l'avenir. Les événements critiques doivent absolument être signalés. L'influence de la structure de l'équipe est estimée très haute, c'est pourquoi des compétences telles que la capacité de communication, l'aptitude à la critique, le leadership, le travail d'équipe, la gestion des ressources et la prise de décisions sont des fondements essentiels pour atteindre un niveau élevé de sécurité des patients. Dans un hôpital, la communication devrait se faire indépendamment des hiérarchies, ce qui signifie que tous communiquent sur le même niveau, dans le but commun de prévenir des dommages aux patients.

Littérature et travail de diplôme complet sur: www.siga-fsia.ch/journal

Contact:

Silvana Irniger
Experte en Soins d'anesthésie
Hôpital Limmattal, Schlieren
silvana.irniger@spital-limmattal.ch