

LES CAHIERS DU FACTEUR, COMPRENDRE ET AGIR

Florence-Marie Jégoux

ancienne IDE & contrôleur aérien, analyste sécurité & spécialiste FOH à la DSAC
Claude Valot,
consultant FOH

François Jaulin

Anesthésiste réanimateur, président de Facteurs Humains en Santé

COMPRENDRE LE CONSTAT

Les chiffres sont sans appel : les **décès dus aux erreurs médicales seraient la troisième cause de mortalité aux États-Unis** en 2013, avec **251 000 décès**, après les cancers (585 000) et les maladies cardiaques (611 000)¹.

Les données françaises sur cette cause de mortalité ne sont pas disponibles. Les Enquêtes sur les événements indésirables en santé (ENEIS) de 2004 et 2009 proposent des données voisines, malgré des définitions des **événements indésirables graves² (EIG)** légèrement différentes. L'ENEIS de 2009 évalue le nombre des EIG survenus dans les hôpitaux français entre 270 000 et 390 000. Parmi ceux-ci, entre 95 000 et 175 000 sont dits "**évitables**", c'est-à-dire qu'ils ne seraient pas survenus si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante, selon la Haute Autorité de Santé (HAS). Reformulées par la HAS, ces données signifieraient, qu'en moyenne, il survient **1 EIG tous les 5 jours dans un service de 30 lits³**. Notons qu'un EIG serait, ailleurs, un incident, un accident ou encore un décès.

Le rapport de l'Académie de médecine américaine, intitulé "*To err is Human*"⁴, a largement mis en lumière que les décès ne sont pas dus à des manques de connaissances ou aux incompétences d'un groupe professionnel. Ils sont directement **liés à des organisations défailtantes et à des compétences non-techniques défailtantes** (comme des manques de vérification, des communications implicites, etc).

¹ Medical error-the third leading cause of death in the US. Makary M. & Daniel M., *BMJ* 2016; 353:i2139.
<https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>

² La HAS définit les événements indésirables liés aux soins (EIAS) comme Événements Indésirables Graves (EIG) s'ils ont obligé à interrompre la prise en charge. Parmi ces EIG, la HAS attribue le niveau 4 à ceux s'ils n'ont pas de conséquences définitives et le niveau 5 si les conséquences sont irréversibles (y compris donc le décès).

³https://www.has-sante.fr/jcms/c_1048545/fr/securete-du-patient?jsp=plugins%252FModuleHAS%252Fcustom%252FenvoyerLaPage.jsp&url=kino-m.com&portal=p_3058934

⁴ Institute of Medicine (USA). Consensus Report « *To err is Human – Building a safer health system* », 11-1999.

Les Facteurs Humains (FH), les Facteurs Organisationnels et Humains (FOH) rassemblent les données scientifiques, les méthodes, les connaissances sur le fonctionnement humain et organisationnel. S'ils permettent d'améliorer les conditions de travail ou l'efficacité du système, les FH, FOH sont surtout **efficaces pour diminuer les décès évitables qui demeurent considérables**.

Il n'est pas seulement question de Facteurs Humains (FH), **les organisations sont déterminantes**, l'humain s'adaptant à l'organisation. Pour améliorer la sécurité des soins, l'enjeu est donc celui des Facteurs Organisationnels et Humains (FOH), car parfois des organisations laissent se développer des systèmes, des cultures qui ne tiennent pas compte du fonctionnement humain. Reason⁵ explique cela comme la combinaison de **conditions latentes** (médicaments avec des noms voisins, nouveauté d'un dispositif, fatigue des personnes...) et d'**actes non-sûrs** (peu de temps pour vérifier, phrases ambiguës, pas de contrôle des actions...). Ces combinaisons **affaiblissent les défenses** des organisations et les exposent aux pertes de contrôle de la sécurité (EIG, incidents aériens ou industriels...).

Connaitre, un prérequis pour comprendre

Toutes les organisations confrontées à des dangers inventorient et analysent les accidents et incidents qui surviennent pour **vérifier la performance des barrières** de protection. Ces résultats sont largement partagés au sein du personnel pour, à la fois, les sensibiliser à la réalité des dangers et les mobiliser sur l'importance des barrières de sécurité.

Qu'en est-il à l'hôpital, où les soins sont aussi une activité à risques ?

Chère lectrice, cher lecteur, **si vous êtes soignants, connaissez-vous le nombre d'accidents, mensuels ou annuels, de votre service ?**

 OUI NON

Il y a toute raison de craindre que votre réponse ait été : NON. Comment s'améliorer si la simple connaissance du nombre d'accident, d'EIG, n'est pas connue et partagée ? Comment faire pour développer des stratégies collectives sans ces résultats ? Quelles sont les situations à risques ? Quelles parades adopter ? Quelles démarches collectives développer ?

Il existe, bien sûr, les CREX (Comité de retour d'expérience, analysant l'organisation des soins) et les RMM (Revue de Morbi-Mortalité, analysant les pratiques des professionnels) pour mieux traiter les événements en santé mais ces structures complémentaires analysent **a posteriori** ; de plus, elles **peinent à transformer les pratiques** et à diffuser leurs travaux à large échelle.

Les hôpitaux disposent aussi de nombreux indicateurs de qualité des soins, IQSS, (qui mesurent la lutte contre les infections), dossiers des patients, dossiers anesthésiques, AVC, hémorragies après accouchement, etc. et, curieusement, pas les EIG. Leur déclaration n'est obligatoire que depuis 2004, mais n'a été concrétisée par décret que fin 2016⁶, elle est peu réalisée. Le dernier

⁵ Psychologue anglais, a publié *Human Error*, 1990 et *Human Error: Model and Management*. *BMJ*, 320, 768)770, 2000

⁶ Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des EIG

rapport de la HAS sur les EIG ne compte que 820 déclarations complètes⁷. Ce qui est dérisoire, comparé aux chiffres des ENEIS.

Il n'est donc pas surprenant que vous ne connaissiez pas le nombre d'EIG de votre service. C'est typique d'une **coordination défaillante entre "Organisation" et "Humain"**.

Comprendre : les défaillances « ordinaires »

Prenons le rapport entre la fatigue et les performances des soignants pour illustrer une coordination défaillante entre O et H. Les connaissances scientifiques attestent, depuis de nombreuses décennies, qu'un état de fatigue marqué dégrade sensiblement les capacités d'attention, de mémoire et d'autocontrôle d'une personne.

Que dire alors de l'événement réel⁸ ci-dessous ?

Lors des gardes d'obstétrique, l'organisation de ce service prévoit que l'interne d'anesthésie change le pochon d'anesthésiques locaux pour l'analgésie péridurale, lorsqu'il est terminé. L'interne se réveille vers 3 h du matin pour ce changement de pochon. Il prend un pochon à disposition sur le chariot et le place sur une potence de la table d'accouchement. Une heure plus tard, la sage-femme se rend compte que le pochon d'anesthésique local est branché sur la voie veineuse périphérique et non sur le cathéter péridural. Elle réveille l'interne. Celui-ci prévient aussitôt la patiente, le pédiatre, les sages-femmes et son sénior, puis évalue la dose d'anesthésique local reçue en intraveineux par la patiente...

Techniquement, c'est un EIG² "évitable", un incident évitable.

Les connaissances FOH attestent qu'une personne fatiguée agit d'une manière plus "automatique", vérifie moins ses actions, réagit plus lentement... Elle est ainsi plus sujette aux écarts involontaires (différences entre intentions et résultats obtenus). **C'est une constante du fonctionnement d'un humain fatigué.**

Dans le service dans lequel s'est déroulé l'événement ci-dessus, il n'y a pas de prise en compte du risque lié à la fatigue. Pourtant, escompter qu'un interne de garde réalise ce genre d'acte, à 3 h du matin, sans jamais faire d'erreur, est un pari osé. Cette non-prise en compte de l'impact de la fatigue sur la prise de décision réunit **conditions latentes et actes non-sûrs**.

Imaginons une suite à cet exemple : cette confusion n'a pas été détectée (la sage-femme a confiance en ce brillant interne, et ne vérifie pas ou n'a pas le temps de vérifier...) et ce pochon est rempli d'un produit aux conséquences délétères. Qu'aurait montré l'analyse de cet EIG? Un interne n'a pas été professionnel en ne vérifiant pas les 5 B (Bonne voie, Bon produit, Bon patient...). C'est vrai, il aurait été question de sa faute et un rappel à la règle lui aurait été fait. Pourtant, **incriminer cette seule personne n'empêcherait pas la même situation se reproduire** puisque **les contraintes et leurs conséquences seraient inchangées**.

⁷ HAS. Retour d'expérience sur les EIGS. Rapport annuel d'activité 2018. Édition 2018, publiée en novembre 2019.

⁸ Extrait de : Patient Safety Network (ex Anesthesia safety Network). Newsletter n°05. Novembre 2017.

Empêcher la répétition de cette confusion passe par une démarche systémique, qui ne **consiste pas à "trouver l'erreur", mais à initier une analyse**. L'erreur est le symptôme, le point de départ de l'analyse systémique. Celle-ci vise à déterminer **ce qui aurait empêché, dans ce contexte** (3 h du matin... condition latente), une personne fatiguée **de se tromper** en changeant le pochon (acte non sûr). **Sans cette analyse, l'organisation met non seulement le professionnel en difficulté mais elle accepte que ce type d'EIG puisse se reproduire.**

À partir de cet exemple simple, malheureusement représentatif du dysfonctionnement de la plupart des services de soins, on comprend que ce n'est pas l'interne seul qui assure la sécurité de cette patiente, à 3 h du matin, **c'est tout le fonctionnement du service.**

Exactement ce qu'en 1999 l'Académie de médecine américaine constatait à propos des organisations.

Exactement ce que la HAS recommande avec insistance : le développement d'une **culture de sécurité** : l'action de **chaque personne, collectif et organisation**, pour améliorer la sécurité des patients.

Exactement ce que sont **les finalités de l'association Facteurs Humains en Santé** : promouvoir les connaissances sur les FOH et leur prise en compte par les organisations de santé.

Agir : la démarche systémique anticipatrice

FOH, "culture de sécurité"... le renforcement des démarches de sécurité des patients est l'affaire de tout le monde. **Cette démarche est systémique.**

Les connaissances scientifiques sur le fonctionnement humain sont acquises depuis longtemps. Il est possible de les exploiter de manière **anticipée**. C'est un considérable changement : historiquement, la médecine hospitalière ne pratique, pour l'essentiel, **que des analyses rétroactives**. Les EIG sont analysés après coup. Mais faut-il attendre des accidents pour initier des démarches proactives de sécurité ?

Reprenons l'exemple de notre interne fatigué. Les connaissances FOH permettent de définir **les conditions de la réussite, même dans des contextes difficiles**. Les bénéficiaires en sont à la fois les patients et les personnels soignants. La vulnérabilité et ses causes sont connues. Il devient simple de trouver des parades pour maintenir un haut niveau de sécurité. Pour l'acte non-sûr et les conditions latentes, les parades sont :

- Confier le changement de pochon à une personne qu'il n'y aurait pas à réveiller, car déjà en activité,
- Modifier l'organisation des horaires de changement de pochon, ou le volume des pochons pour éviter de les changer à cette heure critique,
- Adopter un dispositif technique (détrompeur) ou humain (contrôle croisé) qui fait que l'erreur est détectée et récupérée,
- Automatiser le processus pour éviter une intervention humaine à risque, lorsque c'est possible, en analysant bien sûr les risques liés à l'automatisation.

L'utilisation la plus pertinente des connaissances FOH est de les employer en anticipation.

C'est ce que nous vous proposons avec les fiches de ces Cahiers du facteur.

Agir : les Cahiers du Facteur

Nous avons rassemblé ici des problèmes et des réponses **qui amélioreront la sécurité et la qualité des soins ainsi que la qualité de vie au travail des professionnels.**

Ces différents facteurs seront traités par grands thèmes dans les Cahiers du Facteur :

- **Principes généraux** des FOH en médecine (Objectifs, grandes étapes, FOH ailleurs...)
- **Les FH individuels** : fonctionnement des personnes (biais cognitifs, décision, fatigue...)
- **Les FH collectifs** : fonctionnement en groupe (coopération, communication, leadership...)
- **Les FH en interaction** : outils, systèmes, interfaces... (automatisation, détrompage...)
- **Les FOH** : ce qui relève des personnes et des organisations (retour d'expérience, analyse des événements, sécurité systémique, gestion des procédures, formation...)

Les fiches que nous vous proposons dans ces cahiers sont conçues pour être concrètes et opérationnelles dans votre quotidien. Des clés pour agir vous sont proposées à partir d'un événement représentatif et de connaissances scientifiques FOH. Pour chaque fiche :

Facteurs Humains en Santé vous présente une fiche des Cahiers du facteur

TITRE

Auteur, Auteur, Fonction

HISTOIRE VECUE

CLES POUR COMPRENDRE

CLES POUR AGIR

Voilà comment...

PISTES POUR ALLER PLUS LOIN

MOTS CLES

SYNTHESE

FHS Facteurs Humains en Santé
Ensemble pour la qualité et la sécurité des soins

Les Cahiers du Facteur

FACTEURS HUMAINS EN SANTE

Des auteur(e)s, soignants ou non, et bons connaisseurs de la sécurité des patients et des FOH.

- **Un événement réel** pour ancrer le thème dans le quotidien et faciliter le partage.
- **Des clés pour comprendre** : ce qui se joue en termes de FOH. On anticipe mieux quand on sait ce qui se passe.
- **Des clés pour agir** : parades concrètes, à différents niveaux (individuel, collectif, organisationnel) face aux problèmes soulevés.
- **Des pistes pour aller plus loin**. Les connaissances soutenant nos analyses qui étayent nos propositions ne sont pas nos opinions; elles se fondent sur des bases scientifiques attestées. Les auteurs et textes de référence sur le thème sont cités ici.
- **Des mots clés** pour vos explorations personnelles dans d'autres sites ou banques de données.

- **Une synthèse** pour reprendre la question en quelques lignes

Les thèmes des fiches sont issus de l'expérience de soignants et de leur volonté de partage des connaissances. Vous pouvez souhaiter d'autres thèmes que ceux déjà traités. N'hésitez pas à nous en faire part : contact@gifh.eu

Vous pouvez aussi nous proposer des fiches que vous avez rédigées pour que nous les partageons sur notre site Facteurs Humains en Santé.

Bonne lecture !