

# L'ERREUR EST HUMAINE

*Comment s'adapter et ne pas reproduire l'erreur ?*

Cécile Loonis, Coordonnateur médical GdRAS,  
Hémovigilant  
CHU de Bordeaux

# Comment s'adapter et ne pas reproduire l'erreur ?

- **EIAS et erreur humaine - contexte**
- **Ne pas reproduire l'erreur, favoriser le retour d'expérience**
- **Les autres composantes en faveur d'une organisation à haute fiabilité**
- **Gestion de la sécurité en combinant une approche basée sur les EIAS et sur la résilience**

# EIAS - Contexte

- **Evénements indésirables associés aux soins (EIAS)- en chiffres**
  - EI et EIAS représentent 10 à 12 % des hospitalisations (OMS)
  - Incidence : 1 EIGS tous les 5 jours dans un service de 30 lits (ENEIS 2004 et 2009)
- **Sécurité des patients définie par OMS comme la prévention des erreurs et EIAS**
- **Développement nécessaire de la culture sécurité**
  - Amélioration du signalement
  - Connaitre les risques et les comprendre pour agir

# L'erreur est humaine - Contexte

Sécurité  $\neq$  absence d'erreur

Sécurité = récupération des erreurs

- **Erreurs humaines inévitables**

- Flux d'erreurs par être humain considérable : 4 à 6 erreurs / mn
- Réduction impossible du flux d'erreurs d'un être humain qui travaille.

- **Pour la sécurité, favoriser la récupération des erreurs**

- Les opérateurs les plus fiables ne sont pas ceux qui font le moins d'erreurs mais ceux qui en récupèrent le plus !

→ Organiser la gestion et le traitement des EIAS

→ Prendre en compte les facteurs organisationnels et humains



# Stratégie pour la sécurité des soins

→ Mettre en œuvre des barrières pour gérer les erreurs

Empêchant la survenue de l'erreur et de l'accident

## Barrières de prévention

- Standardisation des pratiques (Check-list, RBP)
- Amélioration des conditions de travail

Erreur commise mais récupérée avant d'avoir des conséquences

## Barrières de récupération

- Améliorer les surveillances, les capacités d'adaptation (briefing et débriefing, implication du patient, etc.)

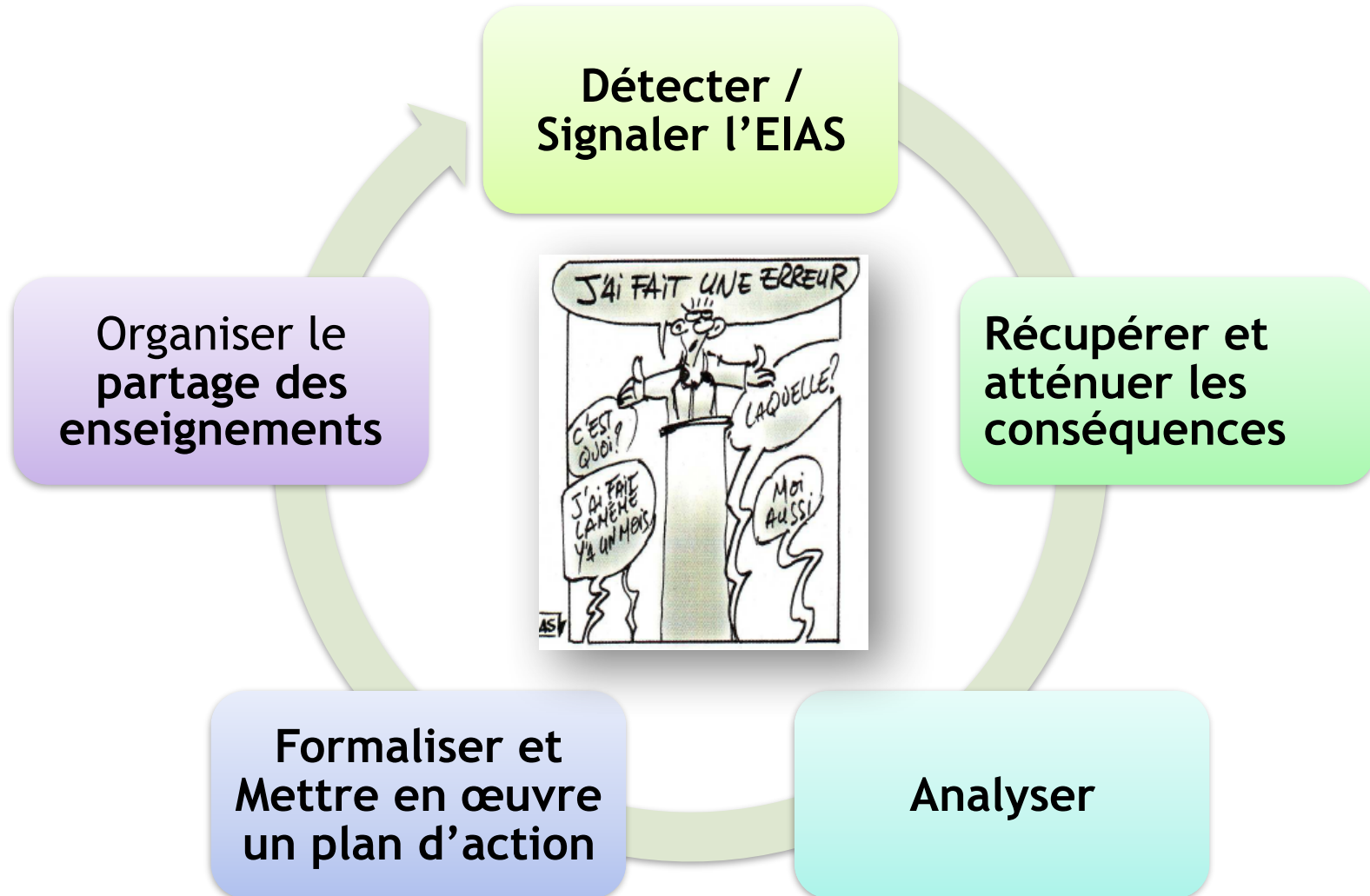
Erreur avérée, mais les conséquences sont limitées

## Barrières d'atténuation

- Atténuer (s'exercer par la simulation à la détection, la récupération et l'atténuation d'EIAS potentiels ; accompagner le patient ayant subi un dommage et les soignants impliqués)



# Ne pas reproduire l'erreur, favoriser le REX



**Informé le patient et/ou sa famille  
Accompagner les professionnels**

# Partager l'expérience

Donne du sens  
à l'erreur

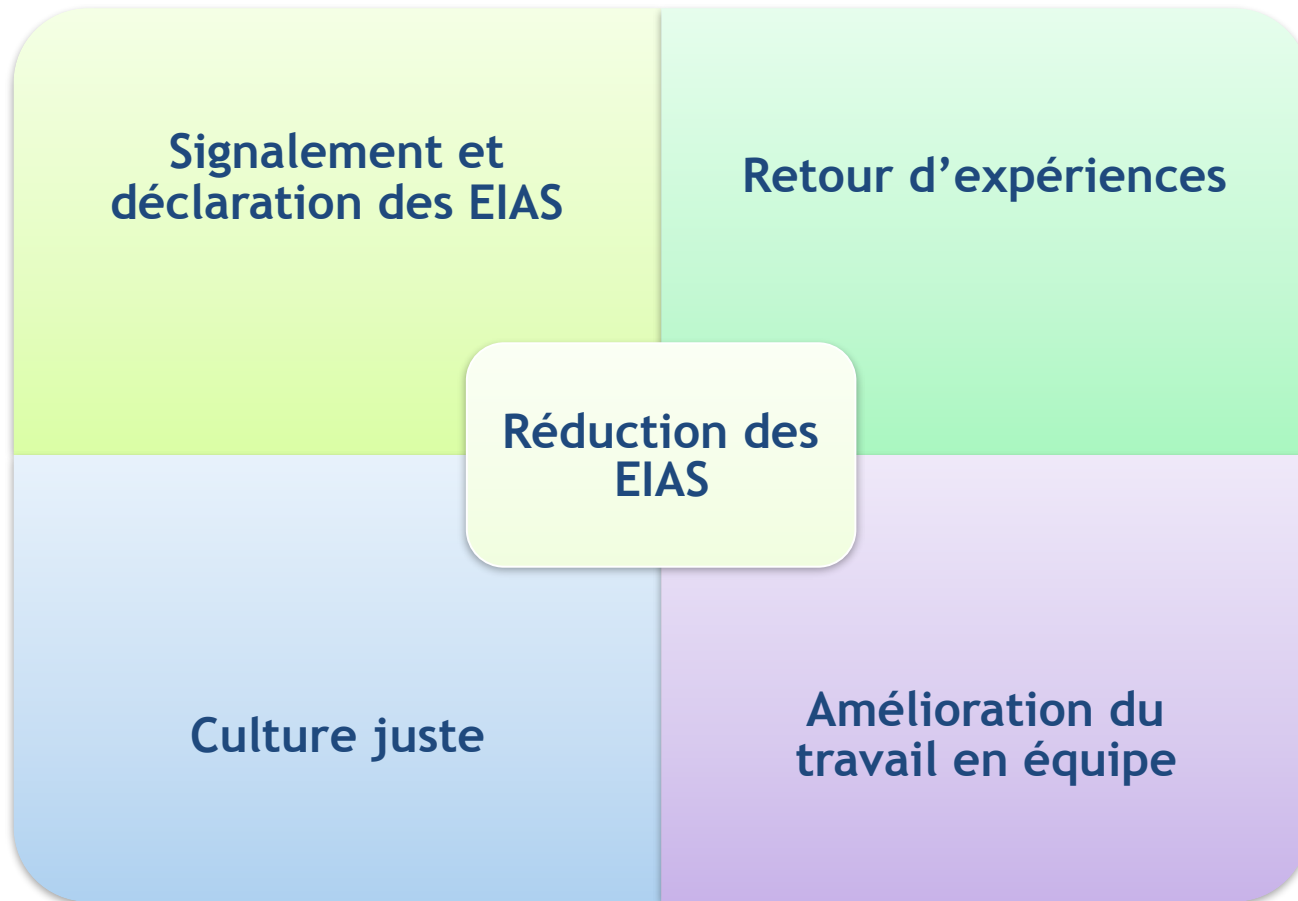
Permet à la  
communauté  
de s'adapter, d'évoluer

## Différents outils

- Fiches de retour d'expériences autour d'un EIAS
- Fiches REFLEX (synthèse des enseignements sur une thématique donnée)
- Analyses de scénario clinique



# Autres composantes de la sécurité des soins





# Culture juste et signalement des EIAS

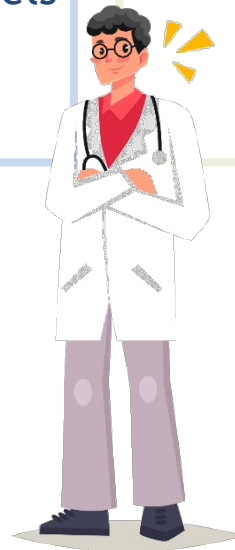
## Culture juste

- Composante de la culture sécurité
- En faveur de la transparence des modalités d'actions entreprises lors de la survenue d'une erreur humaine
- Soutien des professionnels au partage de leurs erreurs
- Accompagnement des professionnels

**Charte  
d'incitation au  
signalement**

## Système de signalement des EIAS

- Structuration de la démarche :
  - Identification des responsables de traitements des EI
  - Lisibilité des circuits de traitements
  - Organisation du retour au signalant

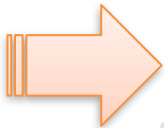


# Travail en équipe



## Constat

- Un des principaux facteurs contributifs de la survenue d'EIAS (*HAS, Organisme accréditation, CCECQA PRAGE*)
  - Communication entre professionnels (70 % des EIG)
  - FH - Une fois qu'on pense avoir compris quelque chose, on a du mal à remettre notre interprétation en question.



## Pistes d'amélioration

- Structuration de temps d'échanges (Briefing, débriefing, CREX, RMM, etc.)
- Amélioration de la communication - utilisation d'outils
  - SAED (Situation Antécédent Evaluation Demande)
  - Faire dire ou Teach-back
- Mise en place de pratiques sécuritaires (contrôle croisé par ex.)
- Engagement dans un programme d'amélioration continue du travail en équipe

# Adaptation nécessaire de l'approche de sécurité des soins

- **Approche systémique des EIAS apparue en 1999**
  - Publication du rapport « To err is human »
  - Objectif d'amélioration de la sécurité des soins par l'identification des causes et facteurs contributifs d'un EIAS
- **Evolution du contexte**
  - Exigences croissantes et complexité grandissante du système
  - Mode de recherche de la cause de survenue d'un EI nécessaire mais plus suffisant
  - Ajustement nécessaire du fonctionnement des professionnels pour maintenir des performances acceptables
    - **Résilience du système**

# Gestion de la sécurité en combinant une approche basée sur les EIAS et sur la résilience

- Approche systémique des EIAS
- Approche basée sur la recherche et la compréhension de la manière dont les choses se passent habituellement bien

From Safety-I to Safety-II: A White Pape. Erik Hollnagel, Robert L Wears, Jeffrey Braithwaite  
<https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-whte-papr.pdf>

**Merci pour votre attention**