

# Messages clés de la gestion des risques et des incidents

René Amalberti

AFGRIS Octobre 2002



# Ordres de grandeurs

## La perception des risques

à

**$10^{-2}$  tu le vivras**

**$10^{-3}$  tu le verras dans ton établissement**

**$10^{-4}$  tu en entendras parler par un proche**

**$10^{-5}$  tu le liras dans les médias**

**$10^{-6}$  ce sera la Une d'un journal, et un événement exceptionnel**

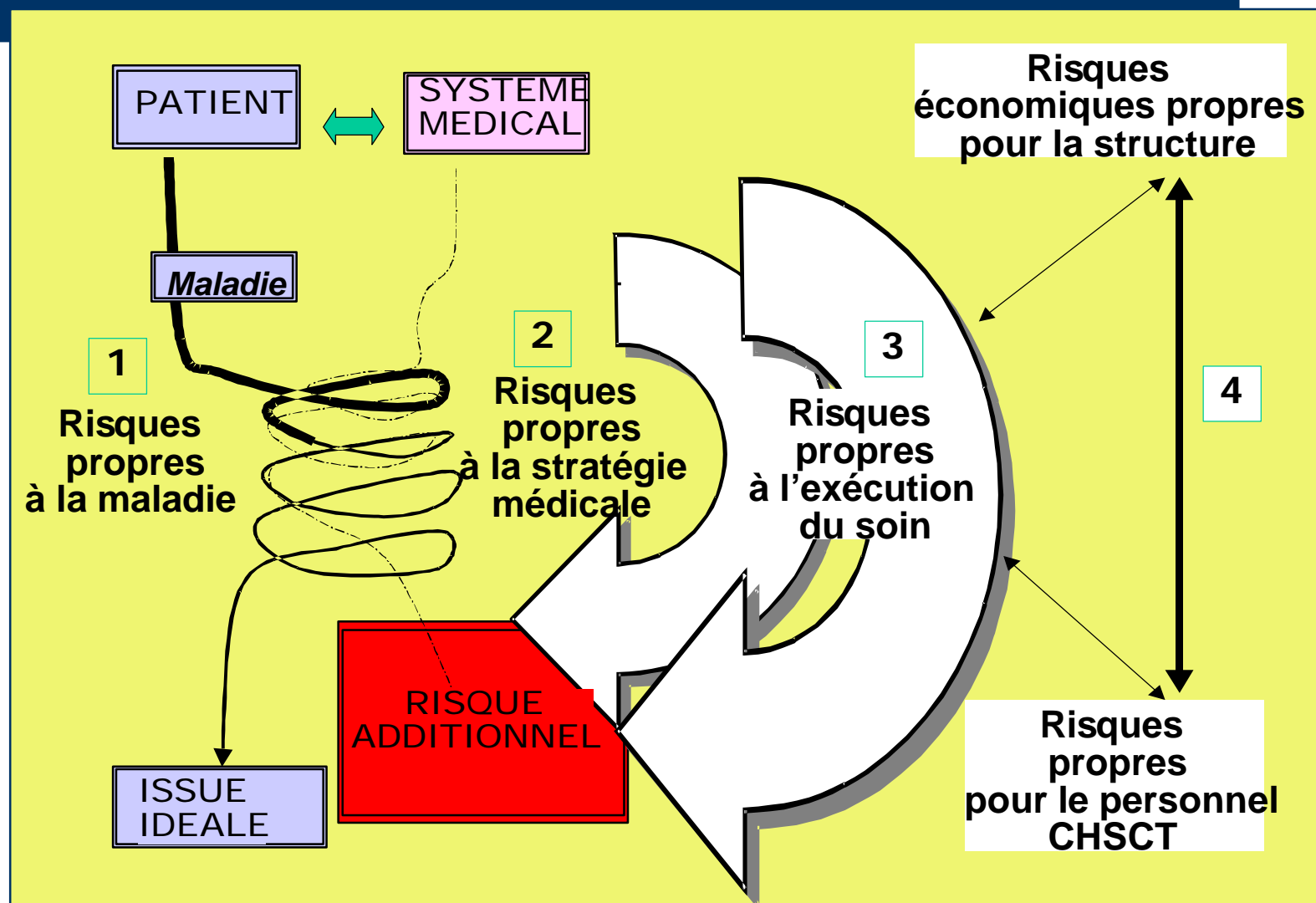
**$10^{-7}$  tu n'imagines même pas que ce soit possible**

# 1. Quels risques?

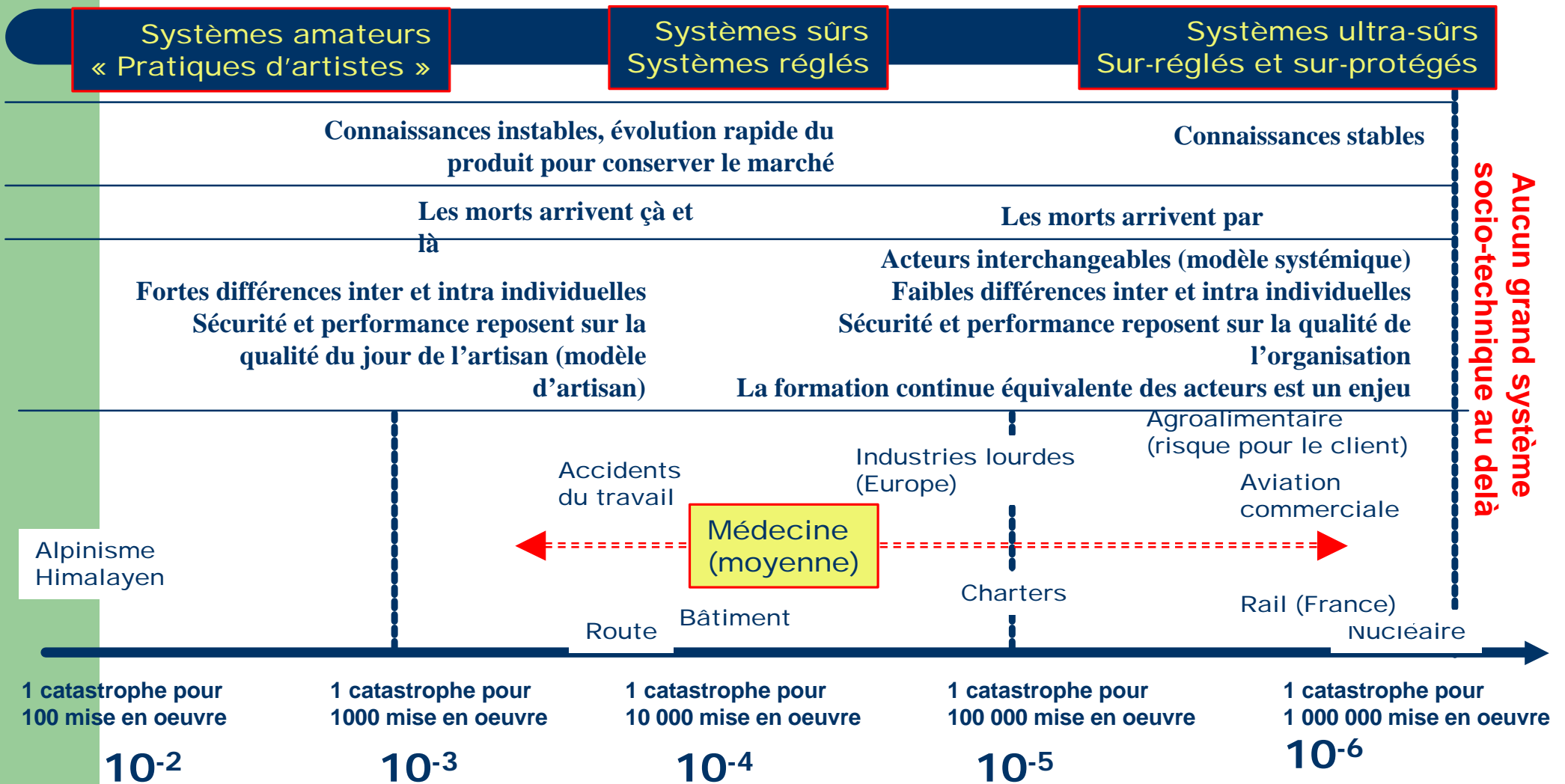
Les ordres de grandeur  
La nature du risque



# La nature du risque médical: une mosaïque ...des priorités pas toujours rationnelles



# Notions générales sur le risque en fonction de l'activité



# Triple déplacement des enjeux

- Médiatique et économique
- Technique
- Managérial et éthique

# Paradoxes de comportements du système lors de l'amélioration du risque

## Bavure médicale

### Une patiente meurt après l'injection d'un calmant

LE MANS (SARTHE)  
DE NOTRE CORRESPONDANT

« UNE DRAMATIQUE méprise ». C'est ainsi que la direction de la clinique Sainte-Croix qualifie l'erreur qui a coûté la vie d'une patiente, jeudi dernier au Mans (Sarthe). La jeune femme, 33 ans, infirmière de profession, avait été opérée le 17 avril des ligaments du genou.

sortie de sa formation, vient faire les soins quotidiens. Elle doit lui administrer une injection de Naropéine, un puissant analgésique. Le calmant devait lui être injecté dans le cathéter, posé à l'aîne et non pas dans le bras, valable pour les intraveineuses.

« L'infirmière s'est trompée de cathéter et a diffusé le produit en intraveineuse dans le cathéter du bras au lieu de l'injecter de manière diffuse dans l'aîne, déclare le directeur de la clinique. La patiente est tombée

réanimation du centre hospitalier du Mans, elle est décédée samedi sans avoir repris connaissance. Elle aurait succombé à une crise cardiaque provoquée par l'injection en intraveineuse.

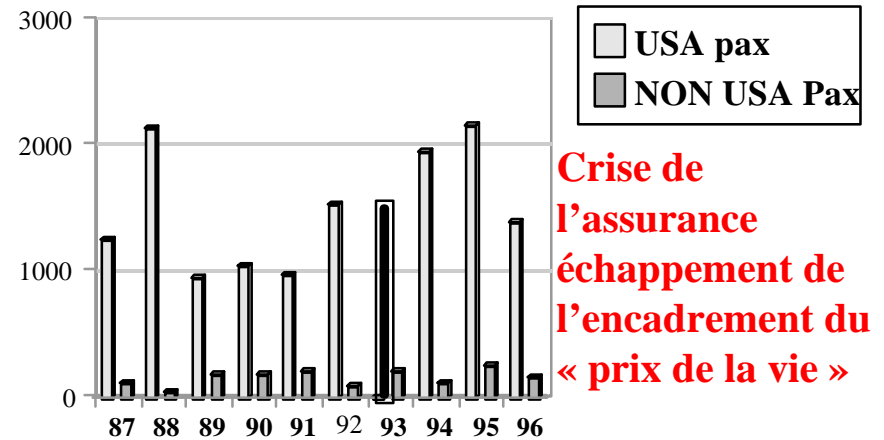
*« Peut-être que la fatigue a joué un rôle dans cette malheureuse histoire »*

chologique. Il semble du peu d'investigations dans ces circonstances, quelles qu'elles soient, l'erreur fatale.

Une infirmière injecter ce produit avec une grande précaution : « C'est la première fois que notre établissement est confronté à un accident de cette nature ». Une information judiciaire contre X a été ouverte hier.

RENAUD JOUSSE  
SHAM

Average per pax incurred losses for USA pax and NON USA pax



**Crise de l'assurance échappement de l'encadrement du « prix de la vie »**

- Pression médiatique
- Irrationalité des investissements de sécurité
- Augmentation et paradoxes du coût relatif des accidents restants / Crise de l'assurance

	Nombre de sinistres corporels iatrogènes déclarés	Coûts des sinistres
1991	900	120MF
2000	3300	350 MF
Total sur la période	19000	2140 MF

# Paradoxes de la sécurité :

## Complexification des modèles d'accidents

## Complexification du traitement du retour d'expérience classique

Aucun grand système  
socio-technique au delà de  $0.5 \cdot 10^{-6}$

La catastrophe future est la répétition de la catastrophe passée

La catastrophe future est une combinaison de sérieuses défaillances passées dans un nouveau contexte

La catastrophe future est une combinaison de points mineurs déjà connus mais largement sous considérés dont le potentiel catastrophique ne tient qu'à leur combinaison

1 catastrophe pour  
100 mise en oeuvre

$10^{-2}$

1 catastrophe pour  
1000 mise en oeuvre

$10^{-3}$

1 catastrophe pour  
10 000 mise en oeuvre

$10^{-4}$

1 catastrophe pour  
100 000 mise en oeuvre

$10^{-5}$

1 catastrophe pour  
1 000 000 mise en oeuvre

$10^{-6}$



# Une évolution des enjeux

Performance  
du système

Survie économique  
Accès massif à la médecine

Amélioration  
Continue de la  
Qualité

Qualité totale

Qualité

Compromis et arbitrages

Explosion des exigences sécuritaires

## 3. PHASE DE GESTION ET D'ARBITRAGE

### Droit au résultat

Dernières barrières, progrès lents, impression  
que tout est possible  
la « faute au mauvais arbitrage »  
Presse et média très actives  
Approches systémiques requises  
Justification exigée

## 2. PHASE TECHNOLOGIQUE

Droit à l'accès au progrès  
quelque soit le risque  
(droit au moyen)»

La faute à l'absence de connaissance  
Presse et la justice peu actives

## 1. PHASE HEROIQUE

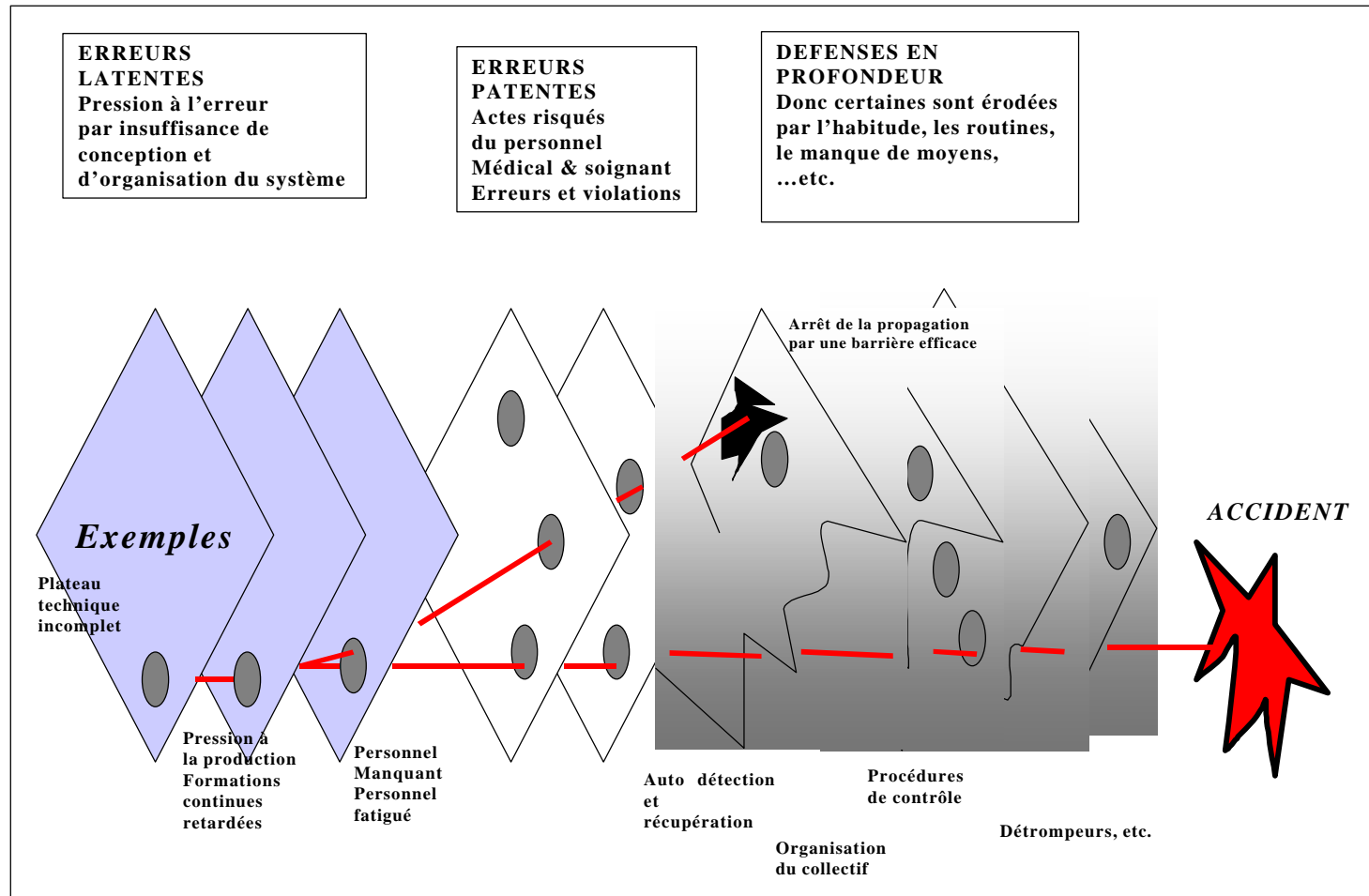
Années

1930 1940 1950 1960 1970 1980 1990 2000 2010

# Les pièges de l'excellence : Une fixation et une excitation sur un modèle dominant de sécurité

<b>Mode dominant</b>	<b>Approche analytique des problèmes</b>  <b>Système conçu avec un idéal / optimum de performance et de sécurité .... jamais totalement réalisé du fait des défaillances introduites par l'usage</b>	<b>Optimisation locale</b> <b>Adossement technologique</b> <b>Couplage IHM</b>  <b>Retour d'expérience,</b> <b>Démarche qualité</b> <b>Défenses en profondeur ;</b> <b>Partage des tâches H-M</b>
----------------------	--	--

# Les logiques dominantes de sécurité (Reason)



**PREVENTION**

**RECUPERATION**

**ATTENUATION**

# Obstacles et défis à une sécurité améliorée

- Complexité augmentée des systèmes, expertise distribuée
- Vision figée d'un système dynamique
- Retour d'expérience traité à contre sens
- Conflits de points de vue et (sur) optimisations locales / gestion des crises

# **1. La sécurité comprise comme un processus normatif et standardisé**



# Réutilisation des savoir faire

- **Une évolution sensible de la démarche qualité**
  - Des référentiels idéaux désincarnés
  - Vers des référentiels mobiles, centrés sur des objectifs et la satisfaction client
  - Marquage des écarts
  - Contribution effective à la sécurité
    - Progrès rapides sur un système peu performant
      - Avantages des marqueurs / Suivi du processus
      - Avantage considérable de la démarche de pensée
      - Limites liées à la Structuralisation / Procéduralisation

# **Les limites de l'approche qualité**

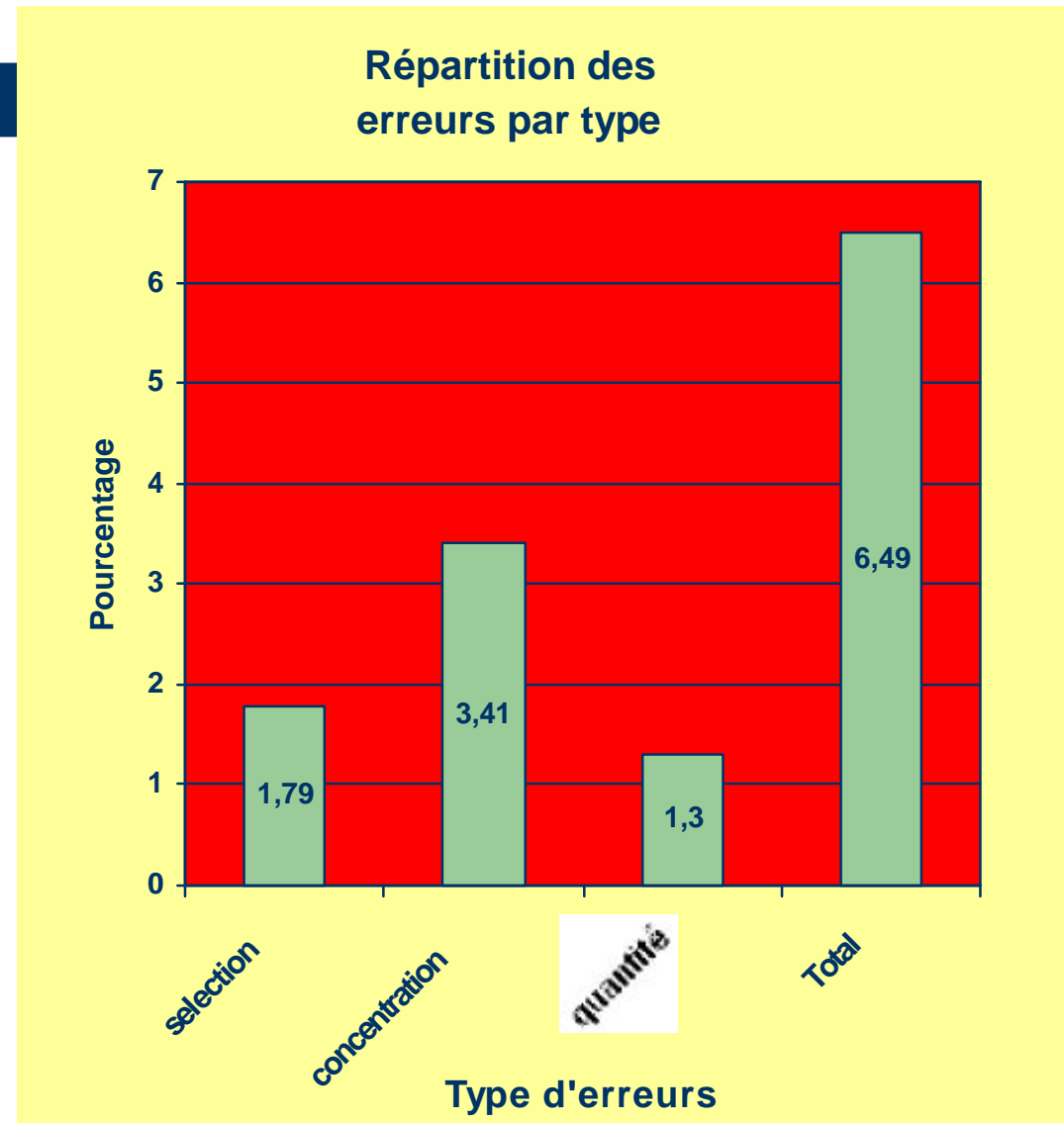
## **Le risque de 'Contrôler les pailles' et d'ignorer les poutres'**

- Une approche fragmentée, fragmentaire
- Une (anti)logique de formation du système médical vis-à-vis de la sécurité
- Une efficacité de contrôle débordé par l'accélération des technologies et de la complexification du monde médical

# Risques liés à la multiplication et la complexification des produits

(Garnerin, 2001)

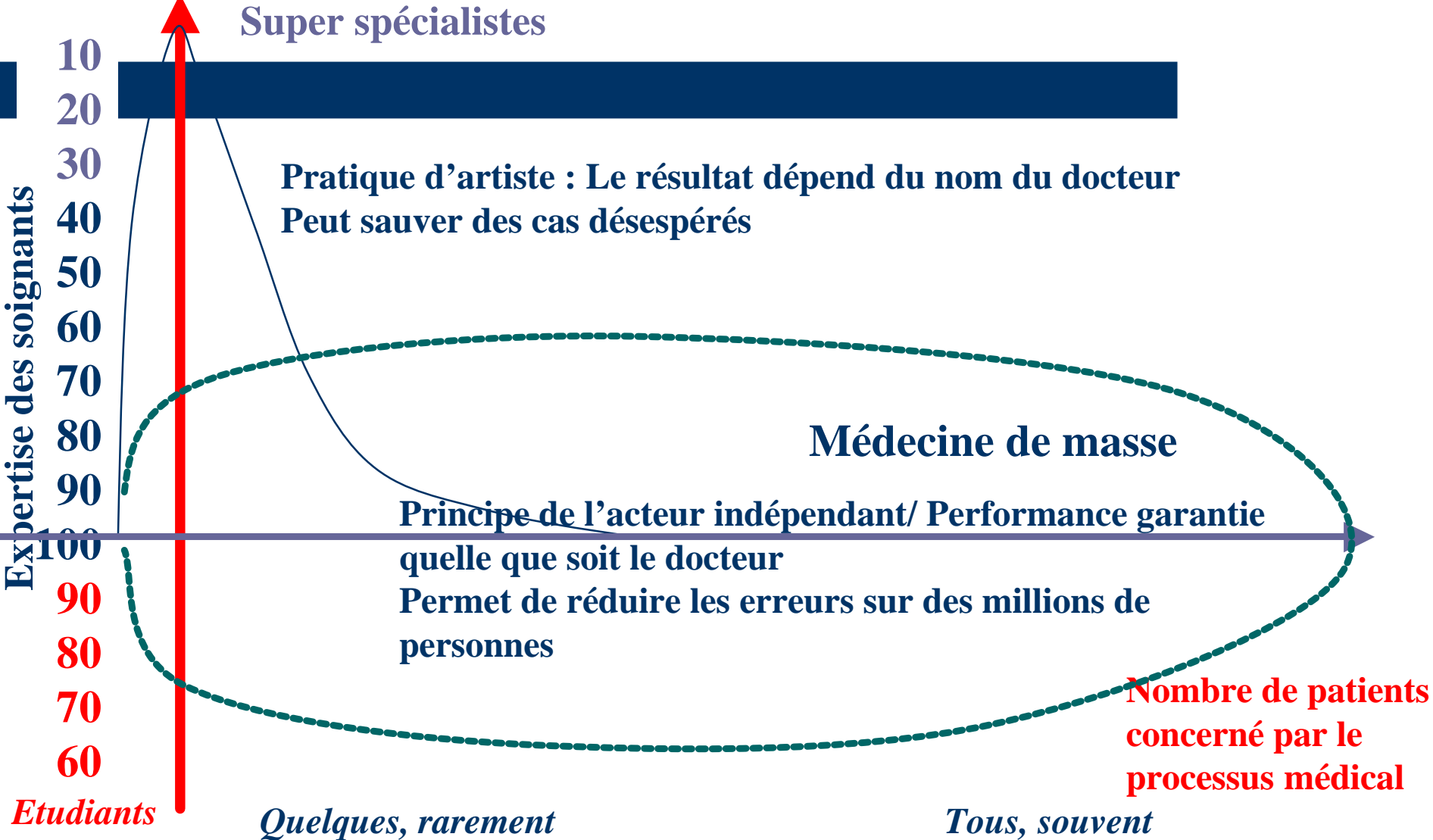
- 28 anesthésistes
- doivent préparer 22 seringues à partir de 10 plateaux contenant entre 10 et 16 ampoules
- Et effectuer 22 calculs (dilution, répartition de dose, quantité nécessaire, etc)





# Enseigner la performance exceptionnelle Vs Enseigner la sécurité de masse

Pourcentage de soignants compétents

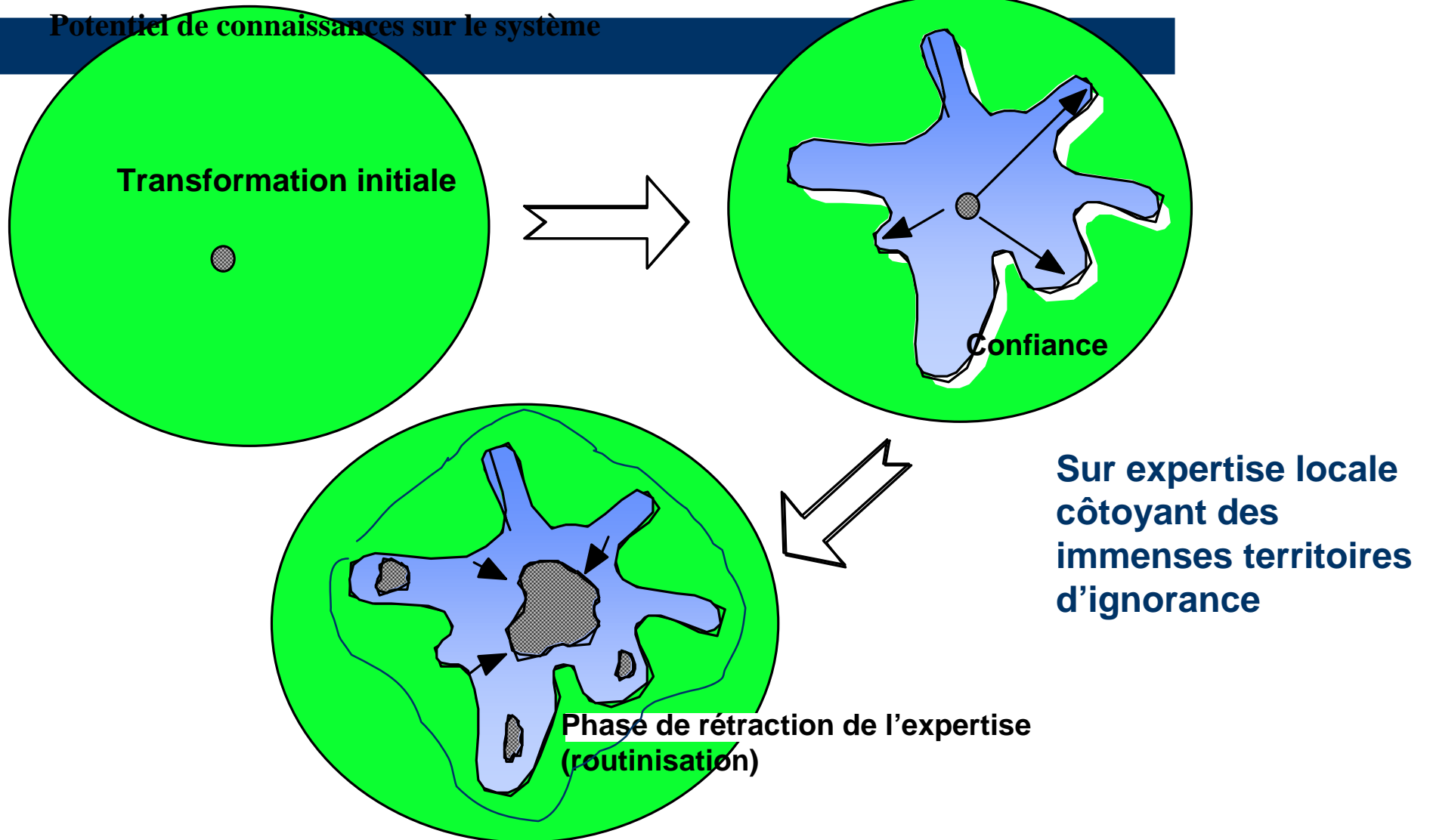


**Cloisonnement des expertises : un monde très complexe, où plus personne n'est 'Universal expert'**

**« Nous devons apprendre à parler à des confrères savants sur certains points, mais ignorants sur notre propre domaine »**

Phase d'expansion de l'expertise  
(routinisation)

Potentiel de connaissances sur le système



# **1. La sécurité comprise comme un système de tension**



# Un système dynamique de tensions avec des objectifs et des déviations propres à chaque niveau

## Conflits interniveaux

- Son propre écart est toujours mieux toléré que celui des autres
- La sur-optimisation d'un niveau s'exerce toujours au détriment des autres niveaux
- La meilleure sécurité globale résulte de l'harmonie et de la synergie des stratégies de sécurité développées à chaque niveau

### ● Direction de l'établissement

- Objectif central : Survivabilité économique
- Solution préférée: Annoncer des principes de haut niveau, Démontrer l'existence d'une politique : mettre en place des moyens et des organismes écrans gestionnaires du risque, gérer les conséquences des dysfonctionnements (plaintes patients, contentieux, etc.)
- Ecarts habituels : *'incohérence entre intentions et moyens- conflits d'affectation des priorités de haut niveau (matériel, homme, procédures)'*

### ● Ligne de production / Service hospitalier

- Objectif central: répondre à la demande (qui est chroniquement mal freinée) avec une performance acceptable
- Solution préférée: Qualité, performance réaliste, affectation des rôles et partage du travail, continuité du service
- Ecarts habituels : *'Gestion collective du risque : les priorités sont nécessaires, et doivent être acceptées par tous'*: écarts contraints pour passer la demande, priorités déclarées, planning contraints, impasses locales acceptées,

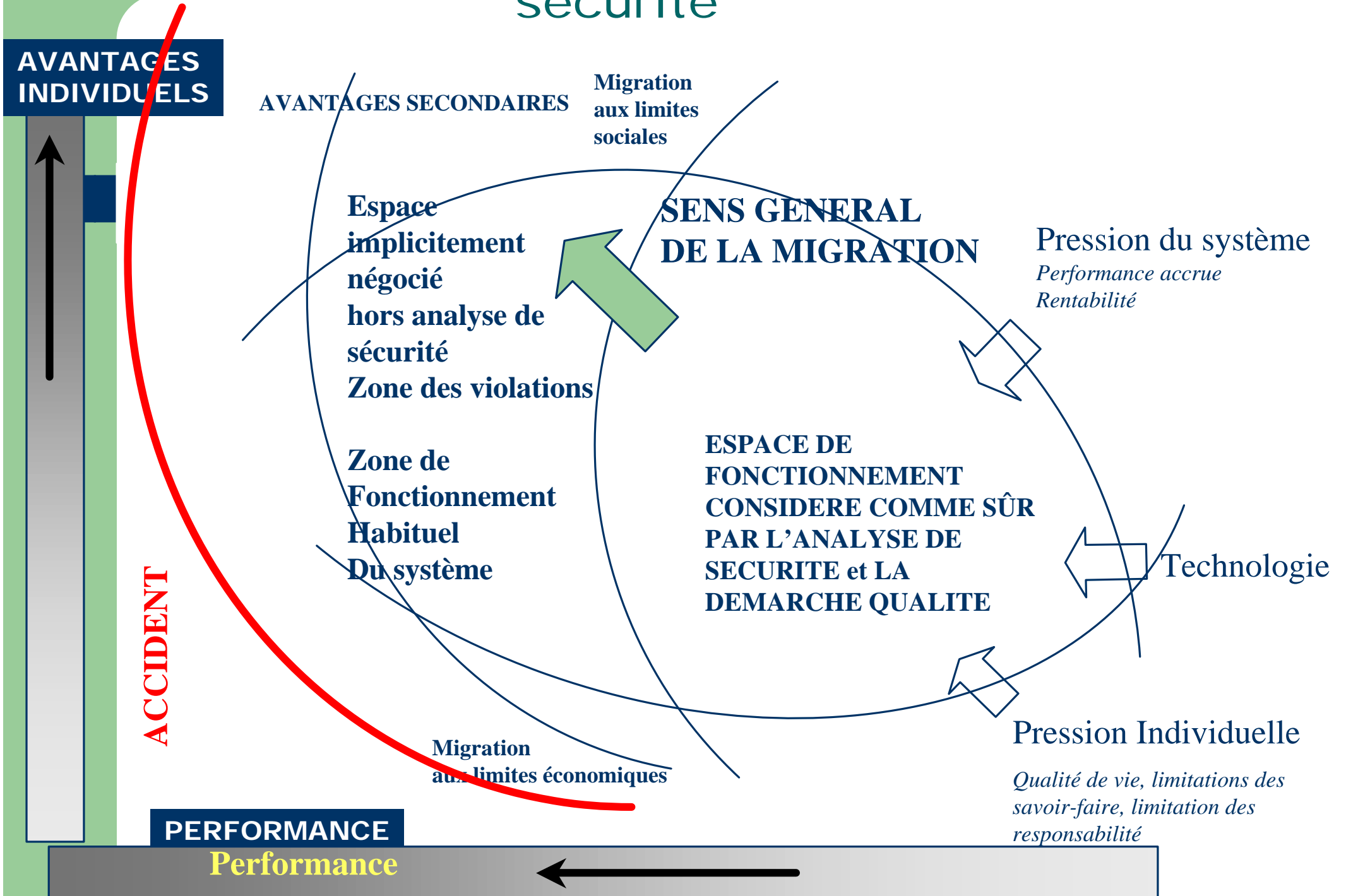
### ● Acteurs du soin

- Objectif central : Carrière, vision de soi et regard des autres sur soi
- Critères de succès : *'Passer la performance'* de façon acceptable, en gérant les autres contraintes personnelles et sociales. Plasticité, adaptation en ligne.
- Solution préférée: *' l'écart est tolérable tant qu'on le maîtrise : des écarts variables selon les savoirs et les contextes'* Gestion experte (individuelle) routinière et émotionnelle du risque
- Gestion émotionnelle du risque

# **1. La sécurité comprise comme un système dynamique**



# Migrations de performance, transgressions des règles, et sécurité



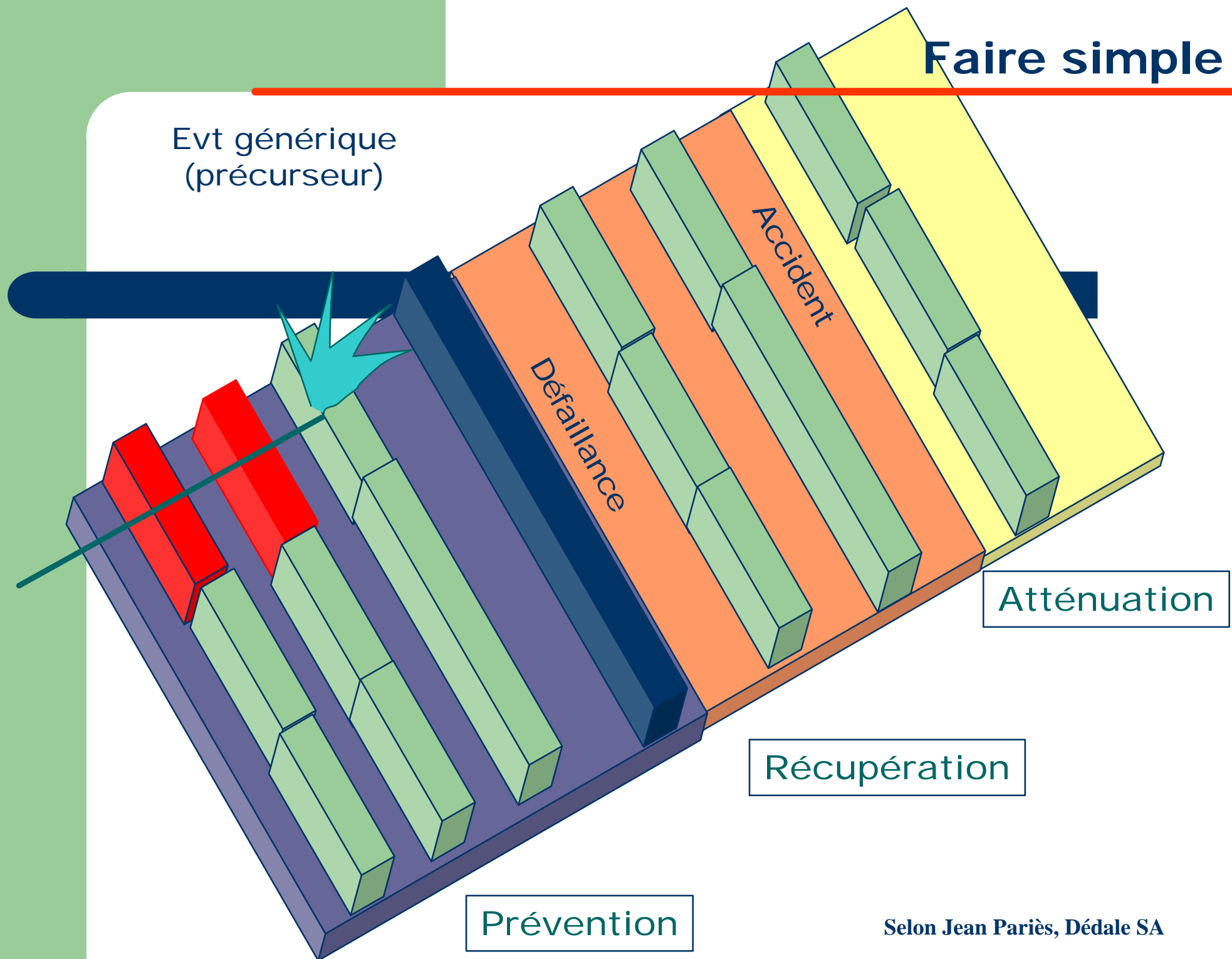
# **Sage-femme et perception du risque pendant le travail**

Source : Marianne Mead, Juin 2002, congrès de Médecine du Travail

- **11 maternités anglaises**
- **Questionnaire sur les pratiques**
- **Sur évaluation de sa pratique et sous évaluation de la pratique des autres**
- **Très fort taux de non connaissance des recommandations de la politique de l'établissement (13% des sages-femmes ne connaissent pas la politique de monitoring foetal de leur propre établissement)**

# Faire simple

Evt générique  
(précurseur)



Prévention

Récupération

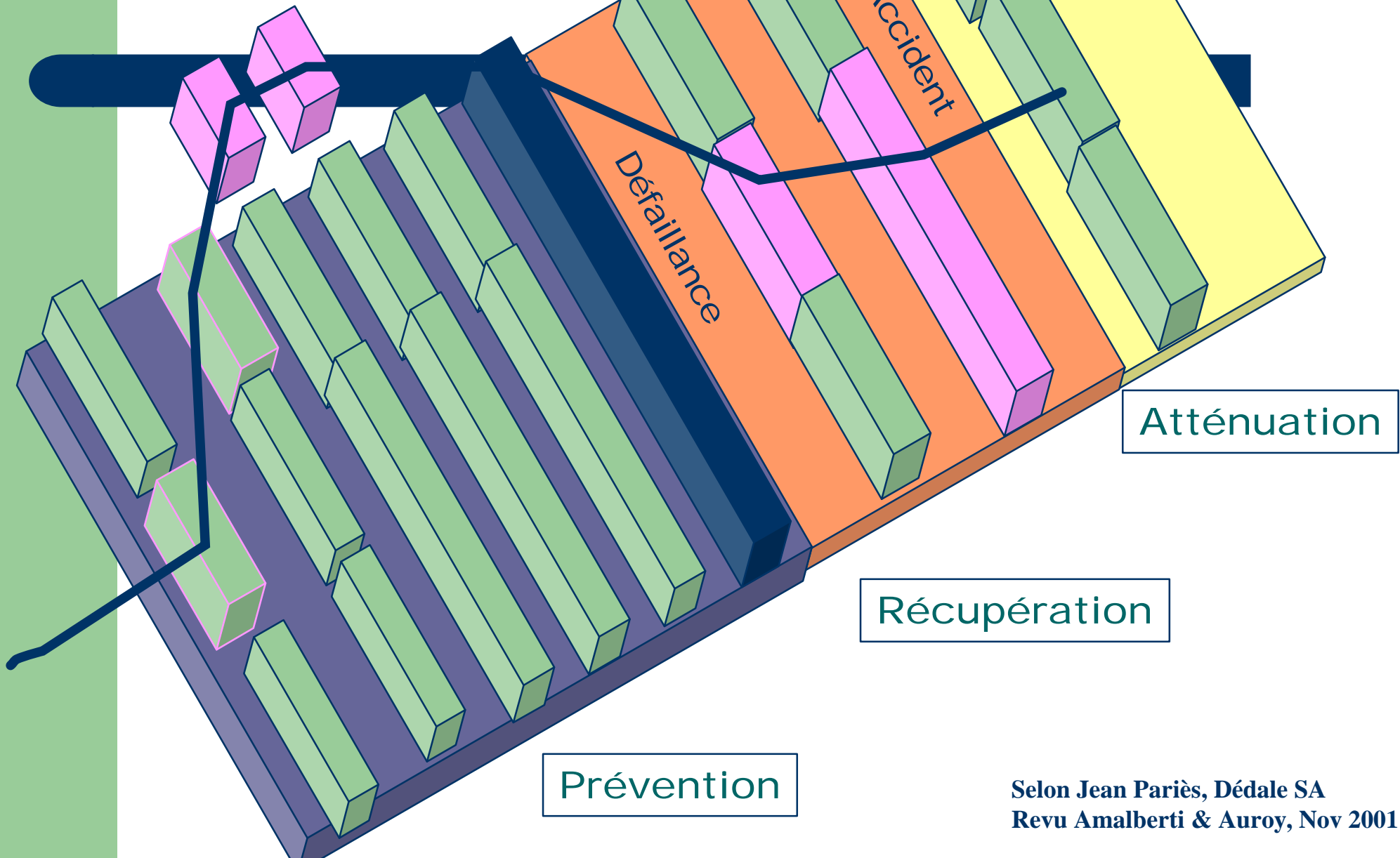
Atténuation

Selon Jean Pariès, Dédale SA



# Le chemin de l'accident grave : l'accident n'est pas la défaillance du système, elle est d'abord la défaillance du modèle

Evt générique  
(précurseur)



# **1. Vrais et faux problèmes de retour d'expérience**



# Moins de 10% des problèmes connus

L'infirmière fait un prélèvement de sang le matin pour déterminer le groupe sanguin d'un patient en préopératoire. Elle ne veut pas gêner le patient qui dort et laisser la lumière dans la chambre. Elle décide d'identifier les tubes à l'infirmierie d'étage. Une autre infirmière dépose un tube sur la paillasse, non identifiée. Confusion, et mauvais étiquetage suivent.

**Définition 1 : 90% des cas: non événement. La seconde infirmière revient, et l'erreur est découverte. Débriefing local. Pas de déclaration. L'erreur retenue, si discutée, serait liée à la gestion de contraintes contradictoires**

**Pas de déclaration hémovigilance**

**Définition 2 : 10,99% des cas: l'identification de groupe n'est pas conforme au groupe déjà connu dans le dossier patient. Contrôle et récupération secondaire. L'erreur retenue est le non respect de procédure et le défaut de qualité.**

**Déclaration hémovigilance.**

**Définition 3 : 0,01% des cas : l'erreur n'est pas récupérée et est découverte au décours d'un incident de transfusion. L'erreur n'est pas reconnue, on pense à une confusion au laboratoire.**

**Enquête accident**

# Évolution de la nature des incidents rapportés avec l'acquisition d'une culture de sûreté



*Types d'incidents rapportés avec une culture de sûreté qui s'améliore*

# Culture de sûreté et attitudes

**Un malade âgé revient du bloc en chirurgie orthopédique avec des problèmes respiratoires. L'aide-soignante est seule ; le chirurgien ne se déplace pas aux appels téléphoniques, et demande finalement d'appeler un confrère réanimateur. Le malade est transféré tardivement dans un service d'urgence avec un pronostic catastrophique. Comme souvent dans ces cas, il s'agit d'un « non événement » ; personne ne s'est plaint, et l'hôpital n'est pas mis en cause. Pourtant, l'aide soignante se plaint à sa surveillante le lendemain ; elle a eu peur, elle est stressée, et elle demande à être mutée.**

- **Attitude 1 : La surveillante ne réfère pas en détail à sa hiérarchie, donne suite à la demande de l'aide soignante, et l'histoire s'arrête.**
- **Typique d'une culture Pathologique:: la plainte est « tuée », non analysée, et aucune leçon n'est tirée du problème.**
  
- **Attitude 2 : La surveillante essaie de calmer l'aide soignante en la valorisant, et en lui expliquant qu'elle a été victime d'un concours local de circonstances ce jour là pour ce cas là : 'cette journée où l'infirmière manquait, avec ce chirurgien qu'on sait peu répondant aux demandes du service et la perturbation du planning opératoire'. La surveillante encourage son aide soignante à revenir la voir, et à lui dire si ces problèmes persistent.**
- **Typique d'une culture dite « bureaucratique » encore aux antipodes d'une vraie culture de sûreté. Le problème a été totalement expliqué dans sa particularité ; aucune leçon sérieuse n'est retirée pour le service et l'établissement.**
  
- **Attitude 3 : La même surveillante décide de faire un staff soignant sur ce problème, en présence des chirurgiens. On détaille le cas , on en comprend les mécanismes, et on recherche en groupe des solutions générales. On communique éventuellement sur les bonnes solutions à un niveau plus transversal dans l'hôpital. Cette attitude est typique d'un établissement ayant effectivement une culture générative, dite de sûreté.**

# Quelle solution préconiser?

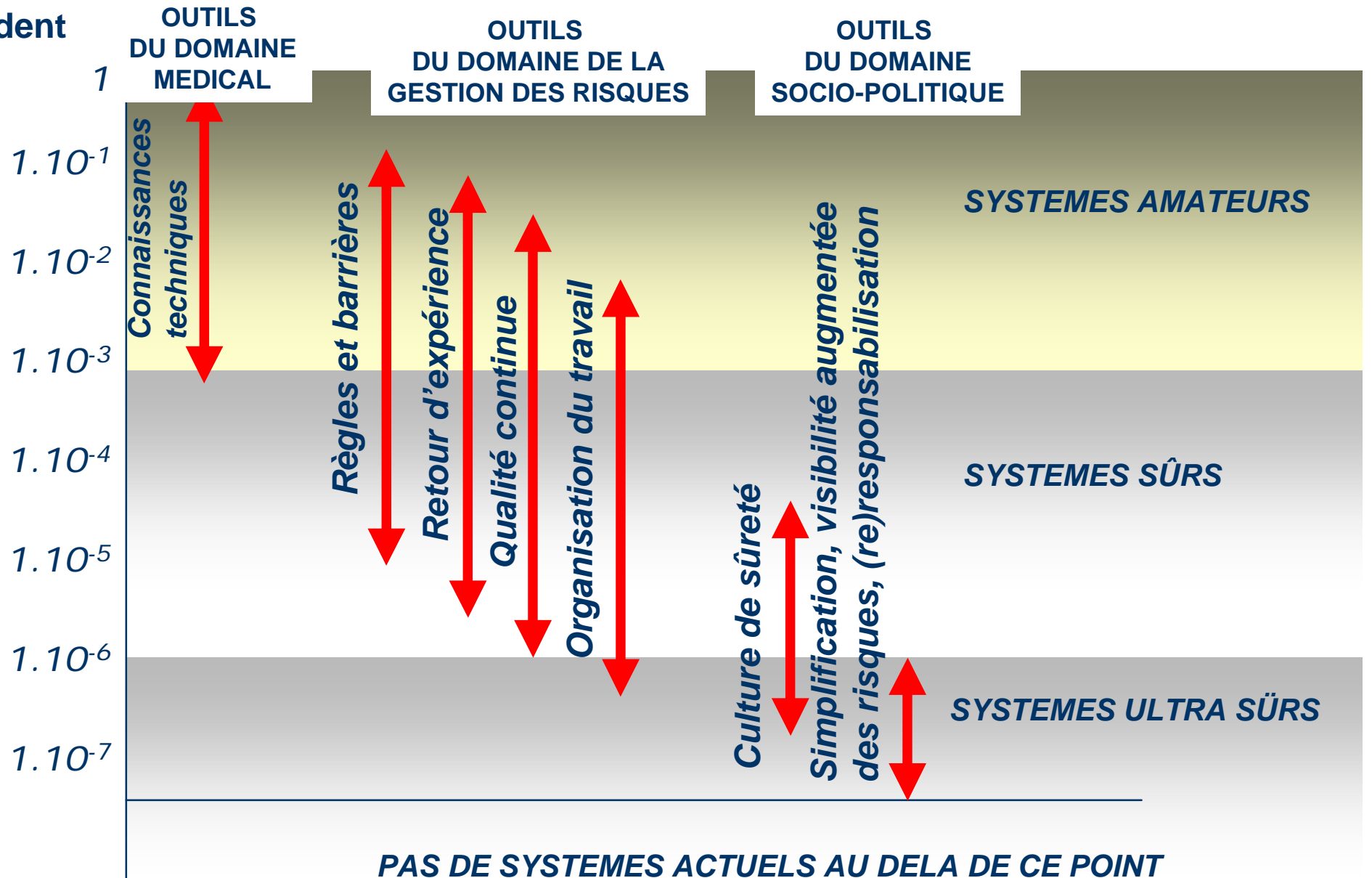
- **Mettre le patient au centre du problème de sécurité**
  - Réduire les effets de prisme irrationnels
- **Construire une culture avant d'investir dans des outils et du personnel sophistiqués**
  - Utiliser les moyens actuels de retour d'expérience
  - Utiliser les staffs (particulièrement les staffs de mortalité-morbidité)
  - Mobiliser tout le personnel sur ces questions, et lors des discussions
  - Apprendre à parler sur les écarts & des défaillances du système, des équipes, et de soi même dans sa propre pratique
  - Dans un climat protégé (sauf en cas de plainte judiciaire)
  - Construire cette culture localement (département) et globalement (établissement)
  - Guide ANAES sur les risques bientôt disponible
- **Penser systèmes dynamiques, et dégager un plan d'action réaliste, même modeste, mais proactif plutôt que réactif.**

# 8 règles pour une sécurité améliorée - Woods & Cook, CTW, 2000

- **Aller au delà des premières évidences**
- **Echapper aux propos à la mode et aux mécanismes de renforcement du sens commun**
- **Comprendre les contraintes et réalités des acteurs de première ligne**
  - Ne pas sur-simplifier le monde
  - Prendre des exemples représentatifs
  - Comprendre comment les personnels réussissent à gérer le système
- **Rechercher des causes systémiques, organisationnelles, & facteurs latents**
- **Comprendre comment la pratique se construit par une production de sécurité 'parallèle' (peut être méconnue voire illégale)**
- **Identifier les facteurs de contextes économiques, technologiques, voire politiques, qui poussent à une performance augmentée dans le système de soin, et peuvent créer de nouvelles vulnérabilités**
- **Utiliser la technologie pour standardiser et homogénéiser la performance chez le personnel de même qualification et non pour accroître les différences**
- **Penser effets collatéraux et migrations dès que l'on décide une action de sécurité**

# CONCLUSION : Les solutions doivent s'adapter au niveau de sécurité atteint

Risque d'accident





# Anesthésie et fatigue

Australian Incident Monitoring Study, 1987-1997  
MORRIS & Morris, Anaesth.Intensive Care 2000

## Nature des incidents

