



Une rubrique d'analyse de cas pour comprendre les erreurs survenues lors des soins et apprendre pour la sécurité des patients

Les enquêtes difficiles... Il était une fois dans le Sud-Ouest...

Régine Leculée, Nathalie Robinson

Plateforme régionale d'appui à la gestion des événements indésirables, Aquitaine

✉ **Dr Régine Leculée** – Prage – CCECQA –
Hôpital Xavier Arnoz – 33604 Pessac cedex
E.mail : regine.leculee@ccecqa.asso.fr

L'agence régionale de santé Aquitaine a souhaité pérenniser l'existence d'une structure d'appui, la Prage (Plateforme régionale d'appui à la gestion des événements indésirables), afin d'apporter un soutien concret aux établissements de santé, sanitaires et médicosociaux, dans la gestion de leurs événements indésirables associés aux soins (EIAS). Parmi les missions de cette structure mise en place en avril 2011 et adossée au Comité de coordination et de l'évaluation clinique de la qualité en Aquitaine (CCECQA), figure le pilotage d'analyses approfondies de causes d'événement indésirable grave (EIG) dans les établissements. Les conséquences graves chez les patients des EIAS analysés (décès, séquelles physiques irréversibles) ont des répercussions trop longtemps négligées chez les soignants. On sait bien que la « deuxième victime » peut ne pas être unique et être un élément d'une série plus grande, véritable équipe ou bien équipe « de circonstances ». On apprend à comprendre la genèse des erreurs en décryptant mieux les biais cognitifs, on prend conscience des lacunes de communication et de cohésion dans une équipe et de leurs impacts respectifs dans le décodage systémique d'un EIAS. Lorsque survient le drame, l'accident, les acteurs de la chaîne des soins passent par les mêmes phases que le commun des mortels lors d'un deuil (choc/sidération/déni, colère, marchandage, dépression et acceptation). L'acteur le plus impliqué, « celui qui commet l'erreur », est très souvent en état de choc, sidéré ou dans le déni. Les autres acteurs proches, impliqués dans le parcours du patient et l'ayant pris en charge avant, pendant ou après sont eux souvent dans l'étape de la colère, d'autant plus qu'ils ont puisé dans leurs réserves d'énergie physique, qu'ils ont mobilisé des connaissances parfois lointaines, qu'ils ont mis en œuvre du savoir-faire et des gestes techniques sophistiqués, qu'ils se sont engagés affectivement envers le patient au décours des soins... Cette colère a besoin de trouver un exutoire, aussi violemment que pour la victime ou son entourage.

Nous voudrions partager avec vous nos expériences des rencontres avec ces soignants lors des analyses appro-

fondies des causes d'EIG. Bien sûr, toutes les situations possibles de la psychosociologie des groupes, n'ont pas été expérimentées... Elles ne sont d'ailleurs pas exposées selon la méthode et la sémantique de cette science. Il s'agit plus modestement de témoigner de notre perception du fonctionnement en groupe de nos collègues lors de quelques réunions d'analyse de causes d'EIG en établissements de santé (la plupart du temps nous sommes sollicitées pour des événements avec décès du patient). C'est notre Rex des Rex. Tout au plus s'agit-il de scènes piquées sur le vif lors des réunions d'analyse, comme des clichés de cinéma !

Il était donc une fois dans le Sud-Ouest...

Analyse de « Mon nom est personne » (sur le thème « les absents ont toujours tous les torts »)

L'auteur principal de l'EIAS n'est plus dans les lieux ! Il était remplaçant ou intérimaire (donc non titulaire), il a très vite été étiqueté « incompetent » et est rapidement devenu indésirable. De plus, il a fait du tort à l'image de l'établissement et donc porté atteinte au groupe. Il n'est donc plus dans les lieux depuis la fin de sa mission, il est injoignable et ne pourra pas être présent à la réunion d'analyse. Il est très facile d'organiser la réunion ! Tout le monde se rend disponible sans difficulté, le doodle est rapidement clôturé. « On » remplit une formalité administrative (certification, accréditation, agence régionale de santé [ARS] etc.) avec zèle, « on » rassure l'ingénieur qualité sur la sincérité de ses motivations à participer aux démarches qualité, personne ne croit avoir à se remettre en cause dans ses pratiques, ni même à interroger l'organisation générale de l'établissement. *A priori* le plan d'action est simple et déjà réalisé : l'éviction du « fauteur de troubles » !

→ Les enquêteurs viennent donc rencontrer une équipe très soudée et très à l'aise... Nous sommes bien accueillies, avec en filigrane l'idée d'une réunion qui ne va pas s'éterniser.

Oui mais non !

La chronologie, faite en amont à partir des éléments du dossier et parfois d'entretiens individuels, va servir de fil conducteur à la réunion. Son déroulé minutieux pour corriger, compléter ou amender l'histoire va mettre en évidence tous les facteurs latents qui ont permis l'enchaînement fatidique vers l'accident. Et il

ya là souvent un effet de surprise. Tout cela n'était pas dans le script attendu... Ce n'est donc pas de la seule responsabilité de l'absent ? Le fonctionnement des uns et des autres, l'organisation ont donc joué un rôle ? Alors s'installe la crainte que l'analyse systémique ne soit là pour absoudre l'absent et stigmatiser les présents !

C'est à ce moment de la prise de conscience qu'il faut « convaincre » les participants ! Oui, l'erreur humaine a des caractéristiques qui font que « qui » peut être « n'importe qui » parce que chacun est atteint de biais cognitifs... Oui, l'organisation boiteuse a permis que l'erreur se produise. Ces notions évidentes pour les professionnels de la gestion des risques vont être découvertes et comprises parfois *ex abrupto* par les professionnels du soin.

Le sentiment d'avoir convaincu vient lorsque les participants regrettent l'absence du protagoniste pour mieux comprendre alors qu'ils ne voulaient pas en entendre parler avant la réunion.

Ces considérations peuvent paraître obsolètes, mais c'est encore d'actualité en 2015...

Analyse à « Fort Alamo »

Dans les situations de défaut organisationnel évident, la responsabilité de l'erreur n'est pas attribuée à son auteur. Toute l'équipe va cristalliser les rancœurs et les reproches accumulés de longue date sur ces défaillances organisationnelles, parfois d'ailleurs connues et souvent « signalées » ! Cette situation va générer un réflexe de solidarité très forte avec l'auteur de l'erreur. La notion « d'humanité de l'erreur » redevient évidente, est mise en avant et rappelée à tous. On se serre les coudes et c'est tout le collectif qui va faire face avec pugnacité aux détracteurs et accusateurs, aux supérieurs hiérarchiques, mais aussi aux enquêteurs venus des tutelles ou de la justice. Dans ces situations, l'annonce du dommage au patient ou à son entourage n'est pas négligée. Les origines de l'accident étant matérielles ou organisationnelles, la victime est très entourée, tout le monde se « met en quatre ». À l'extrême, des arguments sont proposés pour une action, contentieux juridique ou pas, en vue de réparations.

→ Les enquêteurs externes « neutres et bienveillants » d'une analyse approfondie de causes sont perçus avec... circonspection ! Si l'esprit de l'exercice peut être rapidement expliqué et appréhendé, à tout moment le simple fait de vouloir approfondir les biais cognitifs à l'origine de l'erreur, même en restant le plus bienveillant possible, va refermer comme un coquillage le groupe dont la sensibilité est épidermique. Cette situation n'est pas la plus difficile pour nous... Étant extérieurs à l'établissement mais « pairs » professionnellement, manifestant compréhension et empathie, nous sommes alors adoubeés dans ce groupe très solidaire.

Analyse à « Rio Bravo »

L'EIG qui survient est engendré par un acte résultant d'une incompétence ou d'une maladresse « accidentelle ». L'événement indésirable est ici ressenti comme une trahison subite, inattendue par tout ou partie de l'équipe en raison de son investissement affectif. Les raisons en sont variables : patient sympathique, situation complexe d'un point de vue technique ou théorique résolue avec succès, obstacles inattendus surmontés et vaincus. L'auteur, effecteur du geste fatidique, se retrouve isolé, stigmatisé par les autres soignants, avec tout au plus le soutien d'un « ami fidèle ». Ces situations sont particulièrement fréquentes dans les prises en charge chirurgicales : le chirurgien qui vient de réaliser un exploit technique ne comprend pas l'erreur stupide dans la réanimation de son patient ; idem pour l'anesthésiste qui a endormi le patient difficile et voit se dérouler un désastre technique ! Par ailleurs, des antipathies anciennes inexpliquées du style « ce n'est pas un mauvais médecin mais quel mauvais caractère il a ! », des querelles jamais expurgées, etc. viennent acutiser les tensions créées par l'accident.

→ L'analyse débute dans une atmosphère de règlement de compte ! La disposition des participants autour de la table en est la matérialisation, les colts symboliques sont sous la table, prêts à être dégainés. Toute la difficulté va être d'imposer le fil rouge de la chronologie des faits, seul moyen de contenir les digressions liées aux conflits à solder afin d'arriver à l'objectif théorique : reconstituer la genèse de l'erreur, non pour la nier mais pour la remettre en perspective, à sa place dans l'enchaînement des défaillances malheureuses. Ces situations demandent un professionnalisme « froid » : rester factuel, ne pas se laisser emmener dans la position clanique emmurée de certitudes *a priori*, ouvrir le champ des hypothèses possibles et instaurer le doute raisonnable chez les opposants au « fautif ». Dès que l'ambiance s'assouplit, il est possible d'introduire la vision systémique de l'analyse de l'événement. Les attitudes ne vont pas être plus détendues pour autant ! Tout au plus la colère et l'hostilité, manifestes au départ, vont-elles être mises de côté. Mais ce déverrouillage va se traduire par une attitude constructive dans l'élaboration des plans d'action : on traque les causes, on a de l'imagination pour élaborer des solutions... Dans les suites, l'harmonie et la bonne entente ne sont pas forcément restaurées, mais il est arrivé de voir des participants partir ensemble pour finaliser un plan d'action en buvant un café.

Analyse d'« Un homme à abattre »

Le collègue médecin, rebelle à l'adoption de nouvelles recommandations professionnelles, hostile à la mise en place de nouvelles organisations ou de nouveaux modes d'exercice, résistant au changement, bref à tout, est le

mouton noir de l'équipe... Il est toléré avec plus ou moins de bienveillance tant qu'il reste « bon médecin », disposant d'un bon « sens clinique » et doué techniquement. Les patients sont contents, il est l'original de service. Mais comment faire lorsqu'il n'est pas à jour de l'évolution des connaissances indispensables et des techniques incontournables ET qu'il enchaîne les erreurs et les mauvais résultats ? Les patients ne sont pas dupes et sont mécontents, les rumeurs s'installent dans l'établissement puis sur la place du marché... Les autres membres de l'équipe ou du service pallient ses défaillances, compensent ses insuffisances, rattrapent ses loupages quand c'est possible... et sont excédés. Les tentatives de dialogue sont vouées à l'échec puisqu'il est systématiquement opposant, avec parfois des retournements de situation témoignant d'un don certain pour la manipulation.

La gestion des événements indésirables, peu graves ou très graves appelle des solutions relevant de la double injonction : confraternité et solidarité (à la limite du corporatisme obtus) sont en opposition avec le souci de la sécurité du patient et la protection individuelle en responsabilité civile. Dans la même veine, comment arrêter un collègue incompetent, ou un collègue dangereux en raison d'addictions plus ou moins visibles, sans avoir la sensation de trahir un serment et des valeurs dont on retrouve souvent la définition à cette occasion ? Lorsque les moyens « habituels » sont épuisés, et ils ne sont ni légion ni d'une efficacité éprouvée, (Conseil national de l'ordre des médecins pour les libéraux, hiérarchie administrative dans le secteur public, ARS exceptionnellement), c'est l'accident de plus, de trop, qui va mobiliser dans un sursaut l'équipe engluée dans une morne accommodation !

Mais quoi faire devant ce nième épisode d'incompétence patente chez un collègue dont on ne sait pas comment se débarrasser ?

→ Là, c'est un nouveau moyen de sortir de l'impasse en Aquitaine, « La » solution politiquement très correcte... Une analyse approfondie des causes d'un événement grave avec la Prage. Sauf que ça, la Prage ne le sait pas ! L'étude du dossier en amont de la réunion peut, tout au plus, laisser entrevoir des inimitiés. Mais rien de tout ça n'est écrit dans un courrier, dans une observation, ni même expliqué au téléphone. C'est le comportement des acteurs qui va être le révélateur mais il nous aura fallu quelques expériences stupéfiantes pour avoir ce Rex-là... D'abord, il y a la demande insistante de la direction d'être présente à l'analyse, « pour mettre en place les solutions organisationnelles efficacement » ! Et puis il y a le silence et la posture en retrait de l'intéressé. Parfois, l'analyse peut se dérouler sans un mot de sa part et la recherche de réponses aux questions posées s'apparente à un exercice acrobatique de maïeutique verbale... Parce qu'on commence par se dire que la personne concernée est en phase de sidération

traumatique. Et puis les collègues de l'équipe sont souvent présents en nombre mais aucun ne parle ni n'explique ou ne commente les faits... Par contre ils exposent tous le fonctionnement habituel, « normal », de façon très détaillée.

C'est tout le paradoxe de la situation : La théorie dit « La revue de morbidité-mortalité (RMM) est le moyen habituel de sensibiliser des collègues aux bonnes pratiques sans qu'il soit question de délation ou de règlement de comptes, dans une logique de pédagogie réflexive et en apprenant de ses erreurs ». En pratique, elle est un écran de fumée pour devenir le moyen d'élimination à bon compte de la brebis galeuse.

Les intentions des organisateurs peuvent être de manipuler la Prage qui est prise au piège en découvrant les tenants et les aboutissants pendant la réunion. Mais il peut s'agir d'une tentative sincère de trouver une issue à une situation indébrouillable avec des pairs, tiers externes et légitimés. Organiser une RMM peut être la seule occasion d'amener tout le monde autour de la table.

Nous ne sommes dotés d'aucun pouvoir pour imposer un arrêt d'activité, à la grande déception des organisateurs des RMM parfois. Mais si le plan d'action est impossible à incrémenter dans la case « institution » nous pouvons engager un dialogue « sincère » avec le collègue et assurer une médiation pour résoudre la crise en cours. Mais c'est plus efficace et moins stressant d'y aller en étant prévenus !

Et puis, il y a les analyses à « La petite maison dans la prairie »

L'établissement est engagé de longue date dans une démarche de gestion des risques associés aux soins de bon niveau avec une politique clairement énoncée et un programme bien structuré. Les professionnels de santé sont plus ou moins habitués aux RMM et Crex (comité de retour d'expérience) (tout en les redoutant un peu quand même) et reconnaissent le coordonnateur des risques associés aux soins (formé, voire diplômé) comme le pivot de ces exercices. Tout le dossier de l'EIAS a été transmis à la Prage, par messagerie sécurisée, en respectant l'anonymisation, après signalement à l'ARS et dans les délais impartis. La date de la rencontre est fixée facilement, à la bonne distance de l'événement pour ne pas être pénalisé par une mémoire défaillante et des émotions trop mordantes...

Alors, que peut venir faire la Prage dans ce galion ?

→ Et bien... son travail aussi ! Qu'il s'agisse d'un EIAS évitable ou d'un véritable aléa à la fin de l'analyse, il existe un besoin de confirmation. N'a-t-on rien oublié dans l'examen des causes avec une approche systémique ? A-t-on bien retrouvé toutes les recommandations de pratique clinique existantes ? Quel est l'état de l'art ? La réglementation a-t-elle évolué récemment ? Il va s'agir pour nous de répondre à toutes

ces questions, et bien souvent ces recherches sont fastidieuses ou rébarbatives. Nous révisons ainsi des chapitres entiers de la médecine, nous sollicitons les experts du domaine, nous nous déplaçons pour les rencontrer. Tout cela est chronophage et... passionnant ! Les professionnels de santé ont de moins en moins le temps de faire cette tâche et le regrettent de plus en plus ouvertement. À nous de leur transmettre alors des mises à jour, des articles, des textes réglementaires ou des recommandations. À nous aussi de les rassurer sur la qualité de leur démarche ou de confirmer avec eux un aléa.

La reconnaissance de cette double expertise, méthodologique et « métier » est une bien jolie récompense !

Conclusion

Ces exemples ne sont que quelques-uns des ressentis après plus de soixante analyses approfondies de causes d'EIAS. Ils sont le fruit de nos débriefings, le plus souvent après avoir été en difficulté, pour conduire sereinement les réunions. Et bien entendu, toutes les situations ne sont exposées ici. Mais celles-ci pourront peut-être éclairer les coordonnateurs de risques ou les animateurs

de RMM dans les établissements de santé. Les retours d'expérience des analyses effectuées sont disponibles en ligne avec l'accord des professionnels de santé concernés par les EIAS en question¹. D'autres sont encore en attente, le temps que les esprits (et les contentieux) s'apaisent. Espérer réduire les EIAS et leur coût humain ne peut se concevoir qu'en connaissant les facteurs humains et organisationnels qui régissent la vie des équipes et dont on peut avoir une idée lors des mises en situation d'analyse approfondie de causes. Prendre conscience des défaillances dans la communication et les relations entre les individus après la survenue d'un eias est souvent le premier pas vers une posture plus lucide et plus réceptive vis-à-vis des préceptes régissant le travail en équipe. Nous l'avons constaté pour chacune de nos analyses.

Référence

LECULÉE R. Webzine HAS. Sécurité du patient. Retour d'expérience. Une expérimentation régionale d'analyse des EIG. Juin 2013. Accessible à : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1597864/en/une-experimentation-regionale-danalyse-des-eig (Consulté le 10.11.2015).

1- <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/PRAGE-Retours-d-experience.159281.0.htm>

RÉSERVÉ AUX ABONNÉS

Téléchargement gratuit et illimité

de **tous** les articles parus **de 2004 à 2014** hors n° thématiques



www.risqual.net/archives/