

## Repères – Pas d'erreur sur l'erreur

*Philippe Chevalier – Mission sécurité du patient – HAS*

*« Il est beaucoup plus facile de reconnaître l'erreur que de trouver la vérité. La première est à la surface et chacun peut aisément la saisir, la seconde est à une profondeur où il n'est pas donné à tout le monde de pénétrer » Johann Wolfgang Von Goethe (1749-1832)<sup>1</sup>*

Que dit-on quand on parle (dans les couloirs) des accidents qui sont survenus ? « Il y a eu une erreur de médicament... », « Ce n'était pas le bon patient... », « En ouvrant, il a lésé un gros vaisseau... ». On évoque, en fait, la cause la plus évidente, la plus immédiatement liée avec les conséquences qui sont survenues. Que ce soit un oubli, un lapsus, un raté dans l'exécution, une mauvaise décision, cette cause « immédiate » (ou défaillance patente) est visible, c'est la partie émergée de l'iceberg. Il s'agit souvent d'une erreur humaine réalisée par un professionnel de santé (l'acteur de première ligne) lors de la réalisation d'un acte de soin au plus près du patient (la victime).



### La « culture punitive » a démontré son inefficacité

Une cause, une victime, ... un coupable..., tous les éléments pour une interprétation rapide et simpliste de l'événement sont réunis.

Vouloir maîtriser les risques en punissant fermement les auteurs de ces erreurs est voué à l'échec. Cette culture punitive (ou culture du blâme), qui prévalait au siècle dernier, a démontré depuis son inefficacité. Le seul résultat de ce mode de management est d'ancrer chez les soignants une crainte de la sanction et de l'opprobre liée à la révélation des événements indésirables qui surviennent. Cela conduit inexorablement au résultat inverse de l'objectif recherché en terme de sécurité, puisque les incidents dissimulés ne sont pas analysés et maîtrisés et donc vont se renouveler.

### Les erreurs humaines, prix à payer de la performance

Que faut-il faire alors ? Faire évoluer notre culture dans ce domaine (nos croyances, nos connaissances... et nos comportements) ([Culture de sécurité du concept à la pratique, décembre 2010](#)) en acceptant de nouveaux principes : le premier est que « *les erreurs humaines sont inévitables... Elles sont le prix à payer de la performance humaine* »<sup>2</sup>. Ainsi, loin d'être le problème de la sécurité, elles sont un élément de l'équation à résoudre. L'idée n'est pas de supprimer les erreurs humaines (inévitables) mais de les circonscrire voire de les neutraliser quand elles apparaissent. Car généralement ces erreurs n'apparaissent pas par hasard. Elles sont dépendantes du contexte professionnel dans lequel le soin a été délivré. Cet environnement organisationnel et technique plus ou moins bien adapté, représente un gisement de défaillances latentes ou causes profondes<sup>3</sup> générateur d'une insécurité propice à l'apparition d'erreurs humaines. De même, les barrières de sécurité inefficaces ou inexistantes participent à l'apparition de ces événements. Et Reason de poursuivre « *Bien que nous ne puissions changer la condition humaine, nous pouvons modifier les conditions dans lesquelles les humains travaillent...* »<sup>4</sup>, Ainsi, « *Si l'ampleur de l'erreur médicale est énorme, c'est en raison du recours à des systèmes mal conçus et non pas de l'irresponsabilité du personnel* »<sup>5</sup>.

## Approfondir, en équipe, l'analyse des événements indésirables

La démarche la plus efficace, n'est donc pas de se focaliser sur la cause humaine immédiate évidente mais d'approfondir en équipe l'analyse des événements indésirables survenus pour détecter et traiter les zones d'insécurité dans lesquelles évoluent les professionnels et circonscrire cette erreur inévitable dans un maillage de sécurité. Les enseignements retirés de ces analyses doivent largement être diffusés et partagés pour un maximum d'efficacité ([comprendre et mettre en œuvre](#)).

Cette analyse centrée sur le « système »<sup>6</sup> recherchera toutes les causes, immédiates et profondes d'un événement indésirable. La méthode [ALARM](#) est la plus répandue aujourd'hui dans le secteur de la santé pour réaliser ces démarches d'analyse au sein de collectifs tels que peuvent le réaliser par exemple [les revues de mortalité et de morbidité](#).

### Les différences entre causes immédiates et profondes

Causes immédiates	Causes profondes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sont visibles, évidentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sont peu visibles, et non évidentes (causes profondes ou racines)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sont spécifiques au problème de soins identifié</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ne sont pas spécifiques au problème de soins identifié</li> <li>• peuvent engendrer de nombreux événements très différents</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sont plutôt de nature humaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sont plutôt de nature technique ou organisationnelle</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sont éphémères (conjoncturelles)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sont permanentes (structurelles)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sont inévitables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• existent inévitablement dans tous les systèmes complexes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ont un impact immédiat en générant des conséquences (<i>active failures</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n'ont pas d'effet immédiat (conditions latentes, effet dormant)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• font l'objet de dissimulation par crainte du blâme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• font moins l'objet de dissimulation</li> </ul>
<p>En bref : il est facile de les identifier, mais difficile d'agir sur ce type de cause.</p>	<p>En bref : il est plus difficile de les identifier (une analyse approfondie et en équipe est nécessaire), mais il est très efficace d'agir sur ce type de causes.</p>

### Le comité de rédaction de la rubrique « Sécurité du patient » – HAS

<sup>1</sup> cité dans [Revue de mortalité et de morbidité. Guide Méthodologique. HAS, mai 2009.](#)

<sup>2</sup> James Reason.

<sup>3</sup> Appelées causes souches au Canada, causes racines (root causes) aux USA.

<sup>4</sup> Reason J. « Human error: models and management, BMJ, vol. 320, n° 7237, 18 mars 2000, p. 768-770.

<sup>5</sup> Dr Lucien Leape dans le résumé de son rapport déposé auprès de l'*Institute of Medicine*.

<sup>6</sup> D'où le nom donné d'analyse systémique ou analyse profonde.