

Systemes de retour d'experience : « Faut-il vraiment copier l'industrie ? »

A.-S. Nyssen¹, A. Gillet¹, A.-M. Cayet², J. Van Erck³, P. Gillet⁴, G. Christiaens⁴

1-Faculté de psychologie, université de Liège

2-Anesthésie-réanimation, centre hospitalier Peltzer-La Tourelle, Verviers

3-Anesthésie-réanimation, centre hospitalier Chrétien, Liège

4-Centre hospitalier universitaire, Université de Liège
Belgique

✉ **Pr Anne-Sophie Nyssen** – Ergonomie cognitive et intervention au travail – FAPSE B32 – Boulevard du Rectorat – Université de Liège – 4000 Liège – Belgique – E.mail : asnyssen@ulg.ac.be

Depuis une dizaine d'années, les pratiques de retour d'expérience se développent dans le monde médical. À l'instar des instances de régulation du monde industriel, les autorités médicales incitent les établissements de soins de santé à mettre en place un système de signalement et d'analyse des événements indésirables. La démarche est copiée des pratiques industrielles, et en particulier de l'aviation, et transférée telle quelle dans le monde médical. Il s'agit d'un processus *top-down*, mis en place par les directions, le plus souvent dans le cadre d'un programme

d'amélioration continue de la qualité des soins : on écrit ce qu'on doit faire, on fait ce qu'on a écrit, et on surveille et analyse les écarts, soit pour faire évoluer le référentiel, soit pour améliorer son observance. Elle repose donc sur la recherche d'un signalement systématique des événements indésirables par les opérateurs de première ligne, et leur analyse par un ou quelques experts, généralement externes au collectif de travail acteur du problème, plus ou moins spécialisés dans cette tâche, plus ou moins formés pour cela, en vue d'en tirer des actions d'amélioration.

Résumé

Alors que les pratiques de retour d'expérience (Rex) copiées de l'industrie se multiplient dans les établissements de soins de santé, de nombreux chercheurs aujourd'hui mettent en doute leur efficacité pour améliorer la sécurité du patient. Cet article fournit une explication possible à cette limite en mettant en lumière comment une démarche de Rex conduite sur le modèle industriel traditionnel se borne à constater et expliquer les écarts et ne permet pas de changer les pratiques de travail. En s'appuyant sur la pratique des revues de mortalité-morbidité bien connues des médecins, un autre modèle de retour d'expérience est proposé, de type *bottom up*, c'est-à-dire initié et organisé par les soignants eux-mêmes au niveau local. L'article présente la démarche à partir d'expériences menées en collaboration avec trois hôpitaux. Il en décrit les spécificités par rapport à d'autres démarches *bottom up* de type *Crex* (Comités de retour d'expérience) et montre comment la clé du changement des pratiques de travail réside non pas tant dans l'analyse systématique de tous les événements indésirables ou dans l'analyse « objective » de la causalité des faits, mais dans le partage d'expériences et l'élaboration par le collectif de travail d'un sens partagé à l'origine d'une action commune.

Mots-clés : Système de Signalement et d'Analyse d'Incidents/Accidents – Revue de Mortalité-Morbidité.

Abstract

Feedback systems: Is it really necessary to copy industry?

Incident reporting and analysis systems (IRAS) as used in industry are becoming increasingly widely used in healthcare establishments but many researchers question whether they are an effective means of improving patient safety. This article gives a possible explanation for this limitation by showing how an IRAS approach based on a standard industrial model merely records and explains deviations but does not change working practices. Another model of IRAS is proposed, based on the practice of M&M reporting well known to doctors. This is a bottom up approach, initiated and organized by all the healthcare personnel in the establishment. The article presents the approach based on experiments conducted in collaboration with three hospitals. It describes the features, comparing them with other bottom-up feedback approaches and showing that the key to changing work practices lies not so much systematic analysis of all adverse events or "objective" analysis of the causal factors but in sharing experience and developing a common approach leading to changes in work practices.

Keywords: Incident Reporting and Analysis Systems – M&M Reporting.

L'informatisation de l'hôpital qui fournit un moyen idéal pour collecter de grandes quantités d'informations a contribué à développer l'engouement pour ces démarches et les illusions associées. Les banques de données ainsi constituées sont le plus souvent très hétéroclites et les cas signalés peuvent aller du décès d'un patient suite à une prise en charge inadéquate, à une agression d'une infirmière par un patient, en passant par un stationnement gênant sur le parking de l'hôpital. En général, le groupe d'experts en charge du système sélectionne, sur base de critères plus ou moins explicites (gravité, fréquence, coût, facilité de mise en place des correctifs, etc.), les cas qui ne méritent qu'un simple et bref enregistrement narratif, ceux qui feront l'objet d'une caractérisation succincte par catégories prédéfinies de contexte et de cause (ex. : erreur humaine), et ceux qui feront l'objet d'une analyse approfondie. Sous de multiples variantes, la méthode utilisée alors est presque toujours la même : une analyse des « causes » de l'incident (arbre des causes, diagramme d'Ishikawa, méthode des cinq pourquoi, etc.) remonte à des niveaux variables jusqu'aux facteurs « organisationnels », puis des mesures de remédiation sont proposées, qui ne sont d'ailleurs pas toujours clairement liées aux causes explicites.

De nombreux pays comme les États-Unis, le Canada, l'Australie, l'Angleterre, le Danemark ont favorisé la mise en place de tels systèmes centralisés d'enregistrement informatisé et systématique des événements indésirables. Un rapport récent réalisé pour le Haut Conseil de la santé [1] compare leurs expériences et révèle que l'ensemble des experts interrogés note une certaine désillusion concernant l'efficacité réelle de tels systèmes pour améliorer la sécurité du patient : « *On en attendait l'émergence statistique de configurations problématiques ou la découverte des "causes racine" qui conduirait naturellement à des correctifs efficaces. Dans la réalité, il semble que le processus ne révèle pas ou très peu de problèmes inconnus et conduise souvent à des correctifs déjà imaginés (p°7).* » Cette faible « *serendipity* » de l'approche tient sans doute à plusieurs raisons [2-5] : des objectifs mal définis, un cadre de signalement très large, un flou méthodologique autour du modèle et des techniques d'investigation d'accident sous-jacents, le coût sous-estimé d'une analyse vraiment approfondie, l'externalisation de l'analyse, les réticences et biais du signalement lui-même. Selon le collègue américain des chirurgiens, seulement 5 % à 30 % des accidents médicaux seraient déclarés ; 70 % à 80 % des problèmes signalés le sont par les infirmiers et concernent notamment des erreurs de médication [6]. Les actions de progrès mises en place sont alors orientées exclusivement autour de ces événements : procéduralisation, redondances des contrôles, étiquetage. Un véritable processus de traçabilité s'ajoute au processus de soin, augmentant la charge de travail du personnel

soignant. Certains établissements proposent de promouvoir les systèmes de retour d'expérience dans le cadre de démarches d'évaluation des pratiques professionnelles. De telles démarches conduisent à des réactions de rejet du système de la part des médecins qui craignent, à juste titre, d'être jugés en termes d'écart par rapport aux référentiels, puisque c'est bien là le postulat du modèle de sécurité sous-jacent : la sécurité s'obtient par la conformité.

Le monde médical est profondément différent de celui de l'industrie et de l'aviation : vouloir lui appliquer directement les méthodes de gestion des risques des industries basées sur le modèle de la standardisation des processus et de la mesure des écarts par rapport aux normes, c'est oublier l'extrême variété et l'incertitude associées aux situations médicales et aux patients. Dans un tel système, seuls quelques secteurs de soins extrêmement procéduralisés tels que la radiothérapie ou le circuit des médicaments peuvent se comparer aux processus industriels et limiter leur démarche de retour d'expérience à l'enregistrement et à l'analyse des écarts. Dans la plupart des secteurs de soins, il existe plusieurs « bonnes » façons de faire ; des standards variés se juxtaposent et le médecin doit choisir, décider, s'adapter, inventer en regard des aléas, des circonstances et du contexte du patient. Cette flexibilité constitue une dimension importante de l'expertise et de l'art médical. Dans un tel système, les démarches de retour d'expérience ne peuvent pas se limiter à mesurer les écarts et leurs conséquences. À l'opposé, elles doivent créer le contexte pour une discussion collective des pratiques et garantir une liberté de « sortir » des référentiels pour autant que cette attitude soit justifiée au sein du collectif au vu des circonstances. L'influence du groupe dans l'adoption ou non d'un comportement est un fait largement admis en psychologie et étayé par de nombreuses expériences. Dans le monde médical, PHIPPS *et al.* [7] ont montré notamment à partir d'interviews réalisées auprès des anesthésistes comment le médecin a tendance à se référer au fonctionnement des collègues pour construire son jugement clinique et décider de son comportement. Dans une recherche réalisée en milieu pharmaceutique, nous avons montré que les violations de procédure étaient reproduites et partagées par l'ensemble des membres de l'équipe [8] et s'appuyaient sur un modèle de risque cohérent. C'est donc, pour nous, au niveau des collectifs locaux (équipes, services, bloc opératoire) que doivent s'organiser les démarches de retour d'expérience afin de constituer ce lieu de débat sur les pratiques de travail et les normes au sein des équipes.

Il ne s'agit évidemment pas d'en déduire que les démarches centralisées sont inutiles. Il s'agirait plutôt comme le préconise PARIÉS [9] d'inventer une hiérarchie cohérente qui articule les processus de signalement et d'analyse au sein des collectifs de travail avec

l'implication des professionnels de première ligne et la centralisation progressive et raisonnée des configurations problématiques et des leçons apprises. Cela irait dans le sens de la mise en place d'une véritable démarche d'apprentissage organisationnel propre à l'hôpital.

On peut d'ailleurs se demander pourquoi les autorités médicales vont chercher ailleurs une inspiration qui existe au sein de l'hôpital depuis de nombreuses années certes sous une forme moins formelle et plus spontanée. En effet, le signalement et l'analyse des complications et des décès sont des pratiques hospitalières anciennes. En 1910, FLEXNER [10] dans son rapport sur l'éducation médicale fait un plaidoyer en faveur des revues de mortalité-morbidité (RMM) comme outil pédagogique permettant aux médecins d'analyser leurs pratiques professionnelles. La RMM est l'occasion pour les médecins de présenter l'histoire chronologique d'un patient ayant développé des complications et de focaliser la discussion sur les stratégies alternatives de soin qui auraient pu prévenir sinon minimiser la survenue de telles complications. En 1917, les RMM sont intégrées aux standards des pratiques hospitalières élaborées par le collège américain de chirurgie. Le conseil d'accréditation des hôpitaux nord-américains les rend obligatoires en 1983. De la même manière, le collège royal des chirurgiens d'Angleterre exige qu'un hôpital organise régulièrement des RMM pour pouvoir être reconnu comme lieu de formation. Depuis, de nombreux services hospitaliers ont mis en œuvre la pratique des RMM, et ce dans de nombreux pays [11-17]. En France, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié en 2009 un guide méthodologique des RMM pour faciliter leur usage au sein des établissements de soins. La RMM est définie comme une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour amé-

liorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins [18]. Il s'agit là d'une démarche de retour d'expérience de type *bottom-up*, c'est-à-dire initiée et organisée par les médecins eux-mêmes à un niveau local en vue d'améliorer les pratiques et de prévenir les complications iatrogènes.

Dans une étude récente [19], nous avons interrogé les médecins participant à des RMM dans trois établissements différents sur les points forts et les points faibles de telles démarches. Le *tableau 1* présente les résultats selon leur niveau d'expérience. L'apprentissage organisationnel, au prime abord perçu comme secondaire par rapport à l'objectif principalement de transparence poursuivi par les approches *top-down*, apparaît comme une fonction essentielle des RMM. Les actions de prévention et d'amélioration de la sécurité sont reconnues comme un apport des RMM aussi bien par les juniors que par les seniors. Mais, on constate aussi que les RMM jouent, pour les médecins, un rôle tout aussi important de support social après une complication iatrogène si et seulement si les discussions collectives ont lieu dans un contexte de confiance mutuelle sans jugement et sans relation hiérarchique.

Ces résultats rejoignent ceux d'une recherche [20] que nous avons réalisée il y a quelques années sur le ressenti des anesthésistes francophones belges après une complication iatrogène. Dans cette étude, 40 % des anesthésistes interrogés répondent avoir ressenti un questionnement obsessionnel, 23 % un sentiment de culpabilité, 15 % ont peur de reprendre le travail, 9 % ont perdu le plaisir au travail, 8 % ont perdu le sommeil et 7 % manquent d'appétit. À la question, « Qu'auriez-vous souhaité comme support après avoir vécu une complication iatrogène ? », 80 % des médecins interrogés ont répondu : « *Pouvoir en parler* », non pas à un psychologue comme certaines directions aujourd'hui le proposent et même le financent, se débarrassant ainsi du problème, mais au sein

Tableau 1 - Points forts et faibles des revues de mortalité-morbidité.

	Points forts (%)		
	Junior (N = 32)	Senior (N = 18)	Total (N = 54)
Apprentissage	25	17	20
Gestion de la sécurité pour les problèmes connus (REX)	19	22	19
Prévention	19	22	19
Cohésion d'équipe	19	11	15
Diminution du stress	16	22	17
Non punitif	0	16	5
Stimulant	3	0	2
Sincérité	0	3	1
Auto-critique	0	3	1

	Points faibles (%)		
	Junior (N = 6)	Senior (N = 18)	Total (N = 25)
Culpabilité, jugement	17	37	32
Absence d'actions concrètes	17	16	16
Non-présence de tous	0	16	12
Organisation (planning des réunions)	17	10	12
Unidisciplinaire	33	5	12
Absence de consensus	16	0	4
Manque de motivation	0	5	4
Analyse <i>a posteriori</i>	0	5	4

de l'équipe de soin pour expliquer les décisions et les comportements mis en œuvre et mettre fin aux bruits de couloirs dévastateurs pour les personnes. Le suicide du jeune anesthésiste du centre hospitalier universitaire (CHU) de Montpellier en avril 2010 témoigne de façon dramatique du manque de support au niveau de l'organisation face à l'erreur médicale même lorsque celle-ci est reconnue par son auteur. Les RMM peuvent répondre à ce besoin si et seulement si elles ne se limitent pas à un *debriefing* psychologique et garde comme objectif principal l'apprentissage au niveau de l'organisation. Or, la tendance actuelle est de faire une analyse causale « en public », ce qui renforce encore le caractère accusatoire des RMM.

Beaucoup de choses ont été dites sur l'apprentissage organisationnel mais peu d'intérêt a été porté à la manière dont la connaissance organisationnelle est créée. Les pédagogues savent à quel point le seul transfert d'informations a en général peu de sens et de valeur d'apprentissage s'il est abstrait des émotions et des contextes spécifiques dans lesquels les expériences sont scellées. La RMM propose de mettre en histoire l'expérience vécue et crée le contexte pour un partage d'expériences au sein de l'équipe soignante. À la différence des démarches *bottom up* de type Crex (Comités de retour d'expérience) telles qu'elles ont été décrites par JOHNSON [21] et expérimentées par VAN VUUREN (op. cit. 15) ou LABORIE [22], c'est le processus de discussion collective à la fois spontané et cadré autour de la complication présentée et réorienté progressivement autour des pratiques habituelles de travail qui est au centre de la démarche d'apprentissage et non l'analyse causale « objective » des faits et des écarts. C'est ce partage d'expériences et les relations nécessaires de confiance et de respect mutuel qui en découlent qui constituent la clé pour acquérir de nouvelles connaissances au sein de l'équipe. Sans partage d'expériences, il est extrêmement difficile pour une personne de se projeter dans le passé pour comprendre les actions et les décisions d'une autre personne, sans porter un jugement.

Il existe à ce sujet une abondante littérature qui décrit les biais cognitifs qui faussent notre jugement de la causalité des accidents. Parmi les plus connus, le *bias de rétrospection* [23] qui fait référence au fait que la reconstruction après coup de l'histoire d'un accident est teintée par la connaissance que l'on a des conséquences qui enlève l'incertitude du contexte de l'instant et fait percevoir les faits comme annonciateurs de l'accident alors qu'au cours de l'action, ils font partie de la complexité de la situation. Le *bias d'attribution fondamentale* [24] décrit la tendance de l'homme à blâmer de mauvais résultats sur la base d'imperfections personnelles plutôt que de les

attribuer aux facteurs situationnels qui échappent à son contrôle. Ce biais est d'autant plus puissant que l'on occupe la position d'observateur dans l'analyse. Dans un système de retour d'expérience basé sur le modèle industriel ou sur le modèle Crex, le recours à un groupe « externe » pour analyser des situations non vécues favorise l'attribution interne des causes et oriente dans ce sens les mesures de prévention (plus de procédures, de formation, d'attention...) au détriment des causes externes. Le risque est grand aussi de créer un sous-groupe de « pseudo » experts au sein des équipes soignantes jugeant le travail des autres et prescrivant des mesures n'ayant peu sinon pas de sens pour ceux qui ont vécu l'accident et qui n'ont pas participé à l'analyse. Comme nos résultats le montrent, la peur d'être jugés constitue le principal frein des médecins à la participation des RMM (op. cit. 3,13,15). Cette peur s'inscrit dans une culture où le sentiment de responsabilité individuelle est puissant. La multiplication de la mise en cause des médecins dans des actions judiciaires ne fait qu'augmenter encore cette peur. Dans ce contexte, on peut facilement imaginer l'effet dévastateur d'une telle approche des RMM pour le personnel impliqué et pour toute l'équipe soignante quand on regarde la souffrance des personnes soumises aux techniques d'évaluation à 360 degrés telles qu'elles sont pratiquées dans certaines industries.

Deux conditions permettent de diminuer l'impact de ces biais : l'analyse des faits par l'ensemble de l'équipe (médecins, infirmiers, techniciens...) et non par un petit groupe de personnes, et la dynamique de l'animation de la réunion. Ces deux caractéristiques peuvent favoriser (ou non) la prise en compte de l'incertitude du contexte de l'instant et de sa complexité. Cela suppose le lancement d'un très gros effort de formation des personnels y compris des chefs de service avant la mise en place des démarches sur le terrain. Car même si les RMM sont connues des médecins et promues par les directions médicales, les méthodologies suivies sont loin d'être toutes cohérentes avec la philosophie évoquée précédemment. La tendance naturelle est de faire une analyse causale « en public », ce qui en renforce encore le caractère accusatoire.

La démarche de retour d'expérience initiée il y a plus de dix ans au service d'anesthésie-réanimation du CHU de Liège, cherchait à contrecarrer cette tendance en proposant une approche centrée sur le partage d'expériences plutôt que sur l'analyse causale des faits. L'expérience a été financée dans le cadre d'un programme de recherche de la politique scientifique belge pour la protection et le bien-être du travailleur [25]. La démarche consistait à lier le signalement des incidents et des accidents à l'organisation de réunions

organisées au sein du service d'anesthésie-réanimation et baptisées « réunion de sécurité ». Le signalement concernait les situations problématiques qui avaient ou qui auraient pu avoir des conséquences pour la sécurité du patient. Les cas étaient signalés à l'aide d'une fiche de signalement par le ou les personnes ayant vécu les faits. L'anesthésiste référent du projet sur place pouvait aussi susciter le signalement d'un événement auprès des personnes concernées après en avoir entendu parler. En collaboration avec le chef de service, il sélectionnait le ou les cas qui pouvaient faire l'objet d'une réunion sur base de leur valeur pédagogique pour l'ensemble de l'équipe soignante. Une réunion était planifiée par mois. La présentation du cas à toute l'équipe par le ou les personnes ayant vécu la situation était volontaire. En cas de refus de leur part, le cas n'était pas présenté. Outre l'équipe du département d'anesthésie-réanimation, l'ensemble des personnes concernées par le cas présenté (chirurgiens, infirmiers, techniciens, pharmaciens...) était invité à participer. La réunion était animée par un anesthésiste formé aux techniques de communication. Le format de la réunion était conçu pour recréer l'incertitude du contexte de l'instant et favoriser un partage d'expériences et non un seul transfert d'information. Une présentation power point était construite pour accompagner le récit. L'animateur avec la collaboration des acteurs régula la présentation chronologique des faits en interrompant le récit, en demandant à l'audience d'énoncer les diagnostics et de programmer les actions futures compte tenu des informations disponibles du moment. L'objectif poursuivi était que les participants articulent leurs propres expériences au cas présenté en posant des questions, en émettant des opinions, des hypothèses, en se servant d'analogies, de modèles pour combler l'écart entre ce qui leur était connu et ce qui leur était présenté. Les expériences individuelles parfois difficilement verbalisables devenaient explicites au niveau du collectif à travers ces interactions. Un bref état de l'art sur la situation problématique était préparé par les auteurs à la fois pour ouvrir la discussion sur les « bonnes pratiques » et pour faciliter une généralisation des apprentissages, créant aussi une prise de distance par rapport à l'histoire racontée.

Sur une période de dix-huit mois, trente cas ont été présentés et analysés collectivement par l'ensemble de l'équipe (op.cit.20). La majorité des événements présentés concerne des patients classés ASA1* (33 %) et ASA2 (43 %), c'est-à-dire des patients ne courant pas un risque vital et dont les complications semblent d'autant plus mal vécues par le personnel. Le *tableau II* reprend la nature des situations présen-

Tableau II – Nature des situations présentées.

	Nombre de cas
Nature cardiovasculaire	
• collapsus cardiovasculaire	4
• arrêt cardiaque	1
• ischémie coronarienne	2
• embolie gazeuse	1
• embolie pulmonaire	1
Nature respiratoire	
• désaturation < à 90 %	7
• laryngospasme	3
• inhalation	2
• autres	3
Nature allergique	
• choc anaphylactique	3
Hyperthermie maligne	1
Autres	2

tées. Sept situations ont une issue fatale dont un coma chez un enfant de deux mois.

À l'instar de ce que l'on retrouve dans la littérature, l'analyse de la causalité des situations met en évidence six facteurs associés liés principalement à [26]:

- *la gestion de l'information* (absence de communication, visibilité et accès au patient difficile, monitoring inadéquat),
- *la supervision* (dispositions d'esprit et préjugés entre novice et senior, appel d'aide tardif, manque d'expérience et manque de contrôle de l'activité),
- *la pression productive et temporelle* (retard fréquent sur le planning, empressement routinier),
- *l'allocation d'attention* (interruptions fréquentes, présence d'un élément distracteur),
- *la coopération et la codécision* (conflits d'autorité, problèmes de relations interpersonnelles face à une urgence ou lors d'une évolution de cas),
- *des contraintes liées à la tâche* (non-standardisation du matériel, fin de semaine, fatigue).

L'analyse approfondie des situations a permis de mettre en relation le type de difficultés cognitives rencontrées par le ou les médecins et leur degré d'expertise. Elle a révélé des problèmes liés à la gestion de la confiance, vis-à-vis de soi, de ses compétences et vis-à-vis des autres, de leur évaluation. Il est apparu que la troisième année constituait une condition particulièrement favorable au développement des erreurs de fixation, ce qui a suscité une réorganisation de la supervision et du planning opératoire. Par ailleurs, les difficultés d'intubation anticipées en préopératoire étaient régulièrement réévaluées en per opératoire par les médecins anesthésistes plus expérimentés entraînant un choix de procédure d'intubation inapproprié *in fine*.

1- ASA : indice de gravité de l'état de santé du patient élaboré par l'Association américaine des anesthésistes.

À la suite des réunions, de nombreuses actions d'amélioration ont été mises en place comme par exemple :

- la prolongation au réveil de certains types de patients ayant subi des chirurgies spécifiques,
- l'installation, dans toutes les salles d'opération, d'un bouton d'urgence d'appel à l'aide organisé en cascade,
- l'affichage de certains algorithmes de décision en salle d'opération,
- le changement de conditionnement et/ou d'étiquetage de drogues,
- une concertation accrue avec les firmes de matériel et avec les acteurs responsables des achats de l'hôpital,
- une journée de récupération pour les stagiaires après leur garde,
- une meilleure planification des absences liées aux congés et aux participations aux congrès,
- la révision de la procédure d'élaboration du planning opératoire,
- la réorganisation de la supervision au bloc opératoire,
- l'organisation d'un relais psychologique au sein de l'hôpital,
- le développement de formations spécifiques sur simulateur construites à partir des cas présentés,
- l'invitation renforcée de l'ensemble des acteurs concernés par les cas présentés lors des réunions.

Outre la peur de raconter son histoire devant ses collègues, d'autres difficultés opérationnelles sont survenues en particulier le fait de réunir l'ensemble de l'équipe, médecins, infirmiers et chef de service, au même moment. Le choix des cas présentés s'est avéré stratégique pour susciter l'intérêt des différents acteurs.

Depuis, la démarche a été formalisée pour pouvoir être généralisée à d'autres secteurs. Elle a été installée au niveau du bloc opératoire dans deux hôpitaux privés : le centre hospitalier Peltzer-La Tourelle à Verviers et le centre hospitalier Chrétien à Liège ainsi que dans quatre autres types de service du CHU de Liège : soins intensifs médicaux et généraux, urgences, pédiatrie. Par rapport aux systèmes de retour d'expérience basé sur le modèle industriel, la démarche présente des originalités, et ce à différents niveaux :

- sur le plan conceptuel, l'approche est la première du genre à réunir la sécurité du patient et le bien-être des travailleurs ; l'élaboration d'un support social au niveau de l'organisation est l'un des objectifs du projet ;
- la démarche vise moins le signalement de tous les événements indésirables que la mise en place d'un espace de parole et d'échanges sur les pratiques professionnelles au sein de l'équipe à travers l'analyse d'un événement particulier porteur de sens pour l'équipe ;

- le signalement porte uniquement sur des situations vécues par le déclarant ; il est nominatif et la présentation de l'événement à l'ensemble de l'équipe est volontaire ;
- la fiche de signalement reste au niveau local et intervient comme un support à la préparation de la réunion ;
- l'analyse se fait en interne par l'ensemble de l'équipe soignante ;
- le modèle de l'accident sous-jacent est systémique mais l'analyse sur le vif au niveau local permet de recréer en partie l'incertitude et les conditions contextuelles d'« instanciation » des choix de décision et d'action des acteurs ;
- un compte rendu de la réunion est établi, qui reprend les nouvelles connaissances pour l'équipe et les actions d'amélioration.

Il ressort de notre expérience qu'une démarche de retour d'expérience *bottom up* basée sur des réunions « sécurité » constitue un outil très efficace de changement de culture face à l'erreur. Mais que la clé du changement réside non pas dans l'analyse causale « objective » des faits mais dans le partage d'expériences sans jugement. C'est ce partage d'expériences et les relations de confiance et de respect nécessaires qui permettent aux connaissances accumulées au niveau individuel d'être socialisées vers d'autres personnes, lançant par là un mécanisme propice à un véritable apprentissage au niveau de l'organisation. L'expérience individuelle se déplace au niveau de l'équipe et ensuite au niveau de l'organisation à travers les supports des réunions créées et les actions d'amélioration mises en place. Le processus d'interaction sociale et dynamique est au cœur de la démarche. Les croyances des différentes personnes en présence se réorientent, au fil des échanges, dans la même direction vers un « schéma mental partagé » non pas par la force de l'analyse causale des faits mais grâce au renforcement de la confiance mutuelle. CANNON-BOWERS, SALAS et CONVERSES [27] définissent le concept de « schéma mental partagé » comme une structure de connaissance détenue par des membres d'une équipe qui leur permettent de former des explications et des attentes pertinentes pour la réalisation d'une tâche et en retour pour coordonner leurs actions et adapter leurs comportements aux demandes de la tâche et aux autres membres de l'équipe. Le concept de « fusion d'horizons » du philosophe allemand HANS-GEORG GADAMER [28] illustre le phénomène de convergence des connaissances vers lequel la démarche tend.

Deux conditions opérationnelles nous apparaissent comme essentielles pour que ce partage d'expériences ait lieu : la formation des groupes de pilotage de la démarche aux techniques d'animation de

groupe et aux biais de l'analyse causale, et la participation aux réunions de toute l'équipe ainsi que des personnes externes concernées par les actions d'amélioration. Cette ouverture des réunions doit permettre à la fois la convergence au niveau local intraservice et une synergie globale interservices, nécessaire à un apprentissage organisationnel propre à l'hôpital. ✂

Références:

- 1- DÉDALE. Analyse bibliographique portant sur les expériences nationales et internationales pour promouvoir ou améliorer la sécurité des patients. Étude réalisée à la demande du Haut Conseil de la santé publique. Sham Portail Prévention 2010.
- 2- ABOUMATAR H, BLACKLEDGE C, DICKSON C, *et al.* A descriptive study of morbidity and mortality conference and their conformity to medical incident analysis models: Results of the morbidity and mortality conference improvement study, phase 1. *American Journal of Medical Quality* 2007; 22: 232.
- 3- MURAYAMA K, DEROSSA A, DAROSA D, SHERMAN H, FRYER P. A critical evaluation of the morbidity and mortality conference. *The American Journal of Surgery* 2001; 183: 246-250.
- 4- CULLEN DJ, BATES DW, SMALLL SD, COOPER JB, NEMESKAL L AR, LEAPE LL. The incident reporting system does not detect adverse drug events: a problem for quality improvement. *JJ Comm J Qual Improv* 1995; 10: 541-548.
- 5- VINCENT C, STANHOPE N, CROWLEY Y, MURPHY M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract* 1999; 1: 13-21.
- 6- CURRIE M, PYBUS DA, TORDA TA. A prospective study of anaesthetic critical events: a report on a pilot study of 88 cases. *Anaesth Intens Care* 1989; 16: 98-100.
- 7- PHIPPS DL, PARKER D, PALS EJM, MEAKIN G, NSOEDO C, BEATTY PCW. Identifying violation-provoking conditions in a healthcare setting. *Ergonomics* 2008; 11: 1625-1642.
- 8- NYSSSEN AS, COTE V. Motivational mechanisms at the origin of control task violations: Analytical case study in the pharmaceutical industry. *Ergonomics* 2010; 9: 1076-1084.
- 9- PARIÉS J. Les analyses nationales et internationales pour promouvoir ou améliorer la sécurité des patients, dossier santé publique, 71, juin : Sécurité des patients : rénover la politique de réduction des risques d'événements indésirables associés aux soins 2010.
- 10- FLEXNER REPORT. Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching 1910.
- 11- BORN E, D'HOORE W, LECLERQ P. Le médecin-chef face à la problématique de la qualité de l'activité médicale. *Hospitals.be* 2001; 2: 245.
- 12- ORLANDER J, FINCKE B. Morbidity and mortality conference. A survey of academic internal medicine departments. *Journal of General Internal Medicine* 2003; 18: 656-658.
- 13- RUNCIMAN WB, HELPS SC, SEXTON EJ, MALPASS A. A classification for incidents and accidents in the health-care system. *Journal Qual Clin Practice* 1998; 18: 199-211.
- 14- WEBB RK, CURRIE M, MORGAN CA, WILLIAMSON JA, MACKAY P. The Australian Incident Monitoring Study: An Analysis of 2000 Incident Reports. *Anaesth Intens Care* 1993; 21: 520-528.
- 15- VAN VUUREN W, SHEA CE, VAN DER SCHAAF TW. The development of an incident analysis tool for the medical field. Report EUT/BDK/85. Safety Management Group, Faculty of Technology Management, Eindhoven University of Technology 1997.
- 16- BERTRAND D, FRANÇOIS P, BORDENET M, LABARÈRE J, PEYRIN J. Les réunions de mortalité et de morbidité à l'hôpital. Initiatives d'un hôpital universitaire et revue de la littérature. *Journal d'économie médicale* 2000; 2: 75-84.
- 17- AMALBERTI R, GREMION C, AUROY Y, MICHEL P, SALMI R, PARNEIX P, POUCHADON ML, HOARAU H, OCCELLI P, QUENON JL, HUBERT B. Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine. Études et résultats, Drees 2007; 584.
- 18- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Revue de morbidité et mortalité (RMM), guide méthodologique, novembre 2009.
- 19- DAELE L. Mémoire de master spécialisé en gestion des risques et de la sécurité des établissements et réseaux de santé. École Centrale, Paris, France, 2008.
- 20- NYSSSEN AS, AUNAC S, FAYMONVILLE ML, LUTTE I. Reporting Systems in Health Care from a Case-by-Case Experience to a General Framework: an Exemple in Anesthesia. *Eur J Anaesth* 2004; 10: 757-765.
- 21- JOHNSON CW. Failure in Safety-Critical Systems : A Handbook of Accident and Incident Reporting Systems. University of Glasgow Press, Glasgow, Scotland, 2003.
- 22- LABORIE H, WOYNAR S. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, Organisation et sécurisation du circuit médicament - Approfondissement, 2008.
- 23- FISCHOFF, B. Hindsight does not equal foresight : the effect of outcome knowledge on judgement under uncertainty. *Journal of Experimental Psychology: Human Performance & Perception* 1975; 1: 288-299.
- 24- ROSS L, ANDERSON CA. Shortcoming in the attribution process: On the origins and maintenance of erroneous social assessments. *In* D. KHANEMAN, P. SLOVIC, & A. TVERSKY (Eds). *Jugment under uncertainty heuristics and Biases*. Cambridge: University Press, 1982.
- 25- NYSSSEN AS, DE KEYSER V, LAMY M, FAGNARD JM, BAELE P. Rapport de recherche: Développement d'un programme de signalement et d'analyse d'incidents/accidents en milieu médical. Programme d'appui scientifique à la protection des travailleurs en matière de santé (PS/12/21). Liège : Université de Liège, 2005. <https://portal.health.fgov.be>
- 26- NYSSSEN AS. Exploration des différents types d'interactions entre l'erreur humaine, l'activité cognitive de l'homme et la dynamique des systèmes complexes. Thèse de doctorat, Université de Liège, 1997.
- 27- CANNON-BOWERS JA, SALAS E, CONVERSES S. Shared Mental Models in Expert Team Decision Making. *In* Individual and Group Decision Making, ed. N.J. Castellan, 221-246. Hillsdale, NJ. : Lawrence Erlbaum Associates, 1993.
- 28- GADAMER H. Truth and Method 2nd ed, trans. J. Weinsheimer and D.G. Marshall. New York: Crossroad, 1989.

Conflit potentiel d'intérêts : aucun

