

L'IADE face à l'erreur : Rien à déclarer ?

Cet article est issu d'un travail de recherche mené à l'institut de formation des infirmiers anesthésistes de Montpellier en 2016.

Résumé

L'anesthésie est un système organisationnel normé et réflexif qui a pour objectif premier l'anticipation des risques. Les IADE présents au bloc opératoire sont garants de cette sécurité et ont un rôle central à jouer dans la gestion de ces risques.

Toutefois, les travaux universitaires démontrent une sous déclaration des événements indésirables en santé. Nous savons aujourd'hui que l'analyse de ces événements nous permet d'en comprendre les étiologies et ainsi d'en éviter les récurrences. L'objectif de cette recherche est donc de comprendre pourquoi les événements indésirables ne sont pas systématiquement déclarés par les IADE en vue d'une analyse de pratique professionnelle rétrospective.

Des entretiens semi directifs menés auprès des IADE de bloc opératoire ont permis de confronter la réalité du terrain avec le cadre théorique et conceptuel décrit dans la littérature scientifique.

Il apparaît que le support déclaratif, les conséquences juridiques potentielles faisant suite à la déclaration et le manque de lien avec la cellule qualité sont des freins à la confiance que portent les IADE en ce système expert.

Mots clés

Infirmier anesthésiste diplômé d'état /
Gestion des risques / Evénement
indésirable / Déclaration.

Abstract

Anesthesia is a standardized and reflexive organizational system whose primary objective is risk-anticipation. The anesthetic nurse guarantees the patient's security and plays a key role in this risk management.

However, academic research of retrospective analysis of professional practices demonstrates an under reporting of adverse health events. We know today that the analysis of these errors allows us to understand the origins and thus, to prevent recurrences. The objective of this study is to understand why adverse events are not always reported by anesthetic nurses.

Semi-structured interviews with anesthetic nurses allowed us to confront the reality face-to-face with theoretical and conceptual framework described in the scientific literature.

It appears that the declarative materials, the distrust in the rules and guidelines, and the lack of communication with the risk-management team act as barriers in the use of expert system.

Key words

The anesthetic nurse / Risk-management /
Adverse event / Declarative

I. Introduction

La médecine occidentale de nos jours est de plus en plus performante et l'évolution de l'anesthésie participe à cette réussite. Mais qu'en est-il des incidents qui éloignent la procédure du résultat attendu ? C'est ce que l'on appelle un événement indésirable.

Les conséquences en sont multiples et peuvent aller jusqu'au décès du patient.

Si le premier précepte de la médecine est « premièrement ne pas nuire », il semble nécessaire de comprendre les étiologies de ces événements indésirables engendrés par notre système de santé.

Pour y parvenir, de nouveaux systèmes organisationnels en gestion des risques ont fait leur apparition il y a un peu moins de vingt ans.

Pour mener à bien cette démarche, les soignants doivent alors déclarer l'incident afin que celui-ci soit analysé.

Pour autant, les différents travaux universitaires en santé et en anesthésie sont unanimes et démontrent que ces événements indésirables pourraient être 400 fois plus importants que ceux déclarés ouvertement.

Cette dichotomie a été le moteur de la problématique posée dans ce mémoire :

« Je voudrais savoir pourquoi les événements indésirables ne sont pas systématiquement déclarés par les infirmiers anesthésistes en vue d'une analyse de pratique professionnelle rétrospective »

En effet ce sujet est d'une importance fondamentale puisque les erreurs médicamenteuses (exemple d'événement indésirable) font parties des dix premières causes de la mortalité

globale dans le monde (British Journal of Anaesthesia).

Il est apparu pertinent de parachever ce questionnement par une problématique complémentaire :

« Je voudrais savoir quels sont les déterminants qui poussent les infirmiers anesthésistes à déclarer un événement indésirable ? »

En effet, cet angle de vue n'est jamais abordé dans les différents travaux universitaires et permet de surcroît de ne pas placer les infirmiers anesthésistes comme « coupables de mauvaises pratiques » dans l'enquête de terrain.

II. Méthodologie

Le raisonnement de l'étude est basé sur la méthode de catégorisation.

Un travail initial bibliographique de littérature scientifique internationale a permis de mettre au point ces différentes catégories en fonctions de l'intérêt qu'elles pouvaient apporter à ce travail :

A : Représentation de la gestion des risques par les IADE.

B : Déterminants qui poussent les IADE à déclarer un EI.

C : Déterminants qui empêchent les IADE de déclarer un EI.

D : Anonymisation de la déclaration / Protection juridique.

E : Interface / Support de déclaration de l'EI.

F : Cellule qualité / Feed-back de l'EI.

Chacune de ces catégories a ensuite été associée à des indicateurs langagiers (huit maximum par catégorie).

A : Anticipation/Sécurité-Vérification-Précaution-Gestion des risques-Bonnes pratiques/ EI.

B : RMM - Modification des pratiques – Déclarer - Personnalité – Motivation - Valeurs professionnelles - Evaluation.

C : Erreur/ Ne pas déclarer-Remise en question -Insuffisance-Conséquences négatives-Manque de temps.

D : Médico-légal-Tribunal/Jugement-Responsabilité/Institution-Dénoncer-Moi/Liberté.

E : Fil/Informatique-Contexte-Outil-Long.

F : Retour/Renvoi-Echange-Référence/Qualité.

Ces catégories croisées à leurs indicateurs langagiers respectifs ont permis de créer une grille d'analyse permettant de poursuivre l'étude sur le terrain et ainsi de présenter un comparatif entre le cadre théorique et conceptuel décrit dans la littérature et la pratique des infirmiers anesthésistes. Chaque indicateur langagier retrouvé dans les verbatims ont permis d'associer une notion avancée par le professionnel à une catégorie définie préalablement par l'enquêteur.

L'enquête de terrain a été réalisée auprès de trois infirmiers anesthésistes exerçant au bloc opératoire, ce travail de recherche se voulant qualitatif.

L'étude a été mono centrique et basée sur des entretiens semi-directifs.

III. Résultats

L'analyse des données fait apparaître que les causes seraient d'origine multifactorielle. En effet :

- ✓ la méconnaissance des définitions des événements indésirables,
- ✓ la culpabilité liée aux conséquences avérées ou potentielles de l'EI,
- ✓ la remise en question des pratiques professionnelles quand elles font suites à des insuffisances,
- ✓ le manque de temps,
- ✓ l'inadaptabilité du support déclaratif,
- ✓ l'insécurité juridique dans lequel se fait la déclaration,
- ✓ le manque de communication avec la cellule qualité,



Seraient les principales causes de sous déclarations d'événements indésirables par les infirmiers anesthésistes.

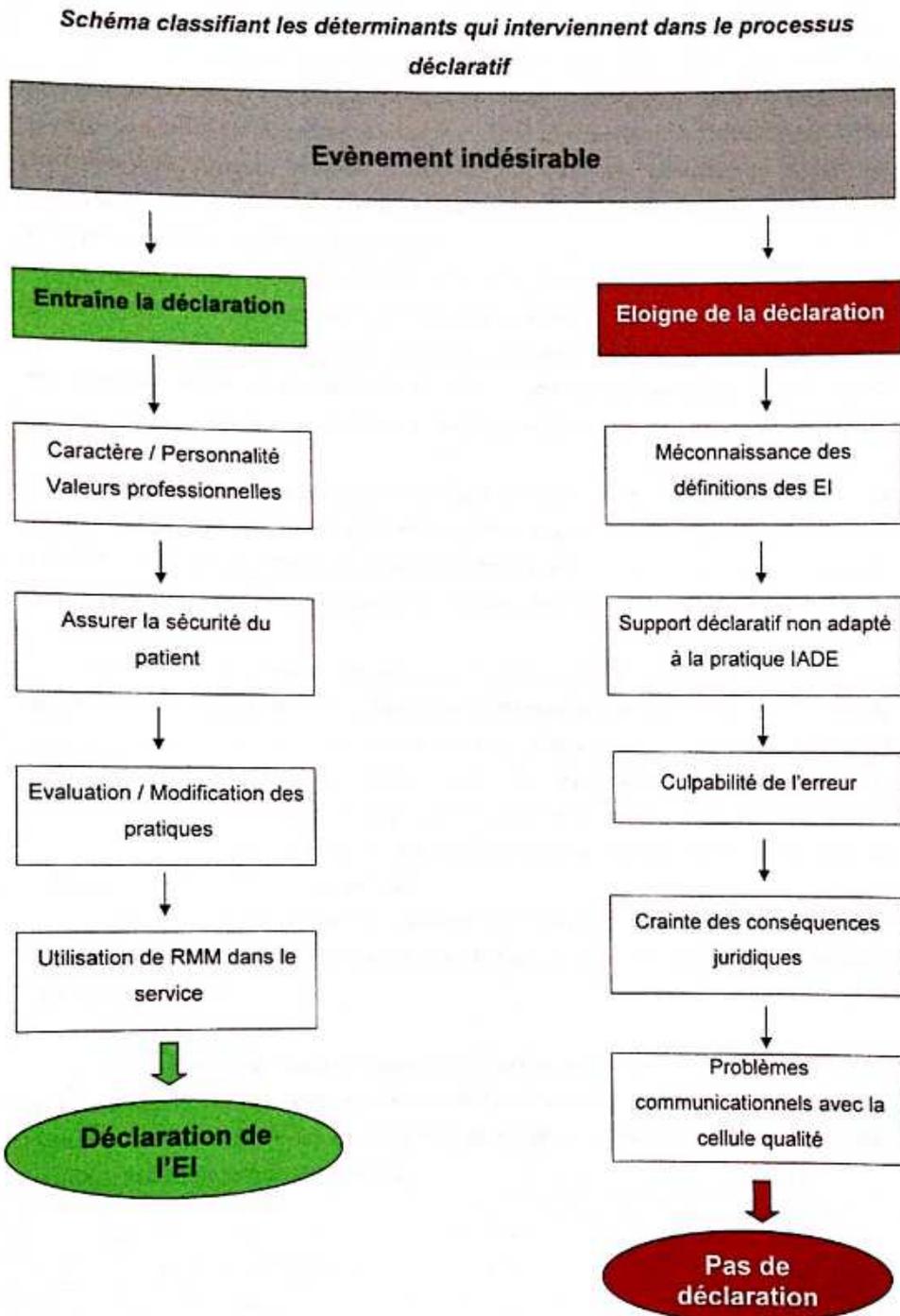
Parallèlement, l'ouverture réalisée grâce à la problématique complémentaire a permis de mettre en avant les différents déterminants qui poussent ces mêmes infirmiers anesthésistes à déclarer ces événements indésirables. Ces déterminants seraient :

- ✓ liés aux valeurs professionnelles de l'IADE ainsi qu'à sa personnalité et son caractère,
- ✓ d'augmenter la sécurité du patient,
- ✓ de permettre la modification des pratiques dans une logique d'amélioration continue du système,

- ✓ L'utilisation de technique type RMM et retour d'expérience.

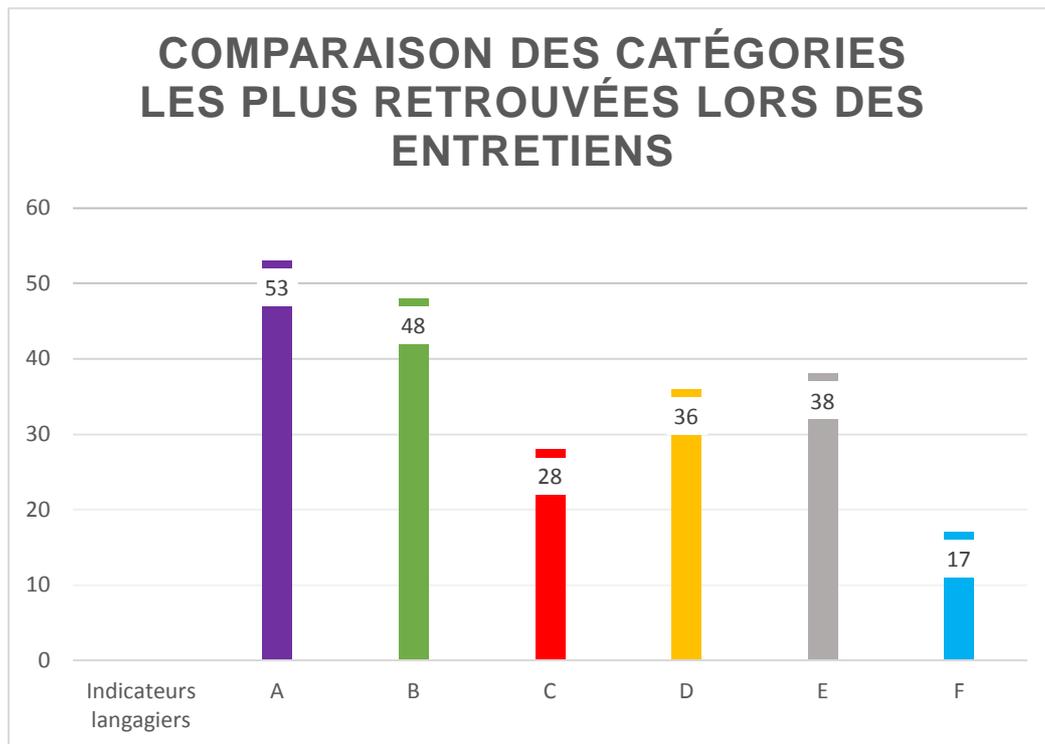
Celles-ci permettraient d'acculturer les différents professionnels autour d'un objectif commun.

Ces résultats ont pu être synthétisés dans le tableau présenté ci-après :



Ce travail a également permis de hiérarchiser les catégories qui semblent

être les plus importantes au regard des IADE de terrain :



On s'aperçoit qu'il a été judicieux de questionner les IADE sur les déterminants qui les poussent à déclarer un EI. En effet la catégorie B recense 48 indicateurs langagiers contre seulement 28 pour la catégorie C, celle-ci s'attachant à comprendre ce qui empêchait les IADE de déclarer un EI.

La catégorie A a été la plus discutée dans ce travail de recherche. Elle s'attache à comprendre ce que sont les représentations de la gestion des risques pour les IADE. Cette catégorie donne de ce fait un état des lieux complet des différentes représentations qu'ont les professionnels sur ce thème.

Les catégories D et E recueillent respectivement 36 et 38 indicateurs langagiers référencés dans les verbatims. Celles-ci font référence aux conséquences juridiques potentielles pour le déclarant ainsi qu'à l'analyse intrinsèque du support déclaratif. Elles témoignent d'une importance capitale pour les IADE.

En revanche la catégorie F ne recense que 17 indicateurs langagiers et montre le désintérêt des IADE pour celle-ci. Or cette classe représente le lien avec la cellule qualité et le feed-back fait par celle-ci pour témoigner de la prise en considération de l'EI indésirable déclaré. Il semble que cette cellule qualité ne puisse pas encore œuvrer avec les professionnels de proximité vers un but commun.

Les résultats présentés ci-dessus sont le reflet d'une étude qualitative qui ne peut être extrapolée à la population nationale des infirmiers anesthésistes. Il apparaît donc nécessaire de poursuivre ce travail de recherche à un niveau quantitatif pour permettre d'augmenter l'efficacité du système organisationnel expert en gestion des risques.

IV. Discussion

Amalberti R. faisait, il y a dix ans, un état des lieux dans un rapport publié par la DREES sur la problématique de la sous déclaration des EI en santé. Il y avançait 4 points essentiels :

- *Une définition trop floue d'une erreur ou d'un événement indésirable,*
- *La crainte d'une protection institutionnelle et juridique incertaine,*
- *Les barrières culturelles,*
- *Une mauvaise ergonomie des systèmes de signalement.*

Il apparaît une décennie plus tard, que toutes ces problématiques soient toujours d'actualité sur le terrain.

Ce travail de recherche à ainsi pu démontrer que les résultats présentés par Amalberti R. sur la déclaration des événements indésirables en santé étaient extrapolables au domaine de l'anesthésie.

L'enquête a effectivement permis de constater que la définition d'un EI pouvait avoir des significations différentes selon les professionnels, données corroborées par l'HAS en 2014 dans un rapport démontrant la coexistence de plus de 20 définitions différentes.

Ce travail de recherche a ensuite pu démontrer que les IADE voyaient le plus souvent l'EI comme une faute personnelle, conséquence d'un défaut de surveillance ou de vérification, alors même que Reason J. publiait en 1990 un modèle incriminant, dans plus de 80% des cas, une série d'erreurs aboutissant à l'EI.

Cette étude a également questionné les représentations que les IADE portaient sur le domaine de la gestion des risques. Il en ressort que l'évaluation des pratiques et les modifications de celles-ci seraient

au cœur de ce système qualité pour les professionnels.

Les IADE expliquent également que les déclarations d'EI seraient soumises aux valeurs professionnelles ainsi qu'au caractère de chacun.

Mais l'enquête démontre aussi que la remise en question de ces pratiques serait un facteur de risque à la sous déclaration d'EI. Le jugement, la crainte des conséquences juridiques, l'absence d'un système garantissant l'anonymat entraîneraient une forte baisse des déclarations en anesthésie. Cette donnée était déjà avancée par l'Académie Nationale de Médecine en 2012, mais aucun texte réglementaire faisant état d'une protection des professionnels déclarant volontairement un EI n'a été publié depuis.

Il apparaît ensuite que le support déclaratif ne serait pas toujours adapté aux pratiques des infirmiers anesthésistes. L'interface ramènerait un élément atypique, chargé émotionnellement, à une grille standardisée et dénuée de singularité. C'est ce que démontre Bazet I. dans son article sur le changement organisationnel qu'impose la gestion des risques. Le support déclaratif participerait donc à la sous déclaration des EI en anesthésie.

Ce même article d'expert définit ensuite comme primat :

« La communication et le retour sur analyse participent à l'élaboration d'une confiance en ce système expert. »

Or, le projet démontre que ce travail pluridisciplinaire (partenariat avec la cellule qualité) ne se retrouve pas dans la pratique quotidienne des infirmiers anesthésistes, altérant de ce fait la confiance que les professionnels portent en ce système expert.

Enfin, ce travail de recherche illustre qu'un nouvel outil (la RMM) a pris place dans les blocs opératoires pour analyser rétrospectivement, et en équipe, les EI susceptibles de se reproduire. Cet

outil semble faire consensus auprès des IADE.

Un élément discuté entre professionnel mais non abordé dans ce mémoire fait apparaître que les REX (Retours d'Expérience), seraient le point de départ à l'acculturation souhaitée par les professionnels en gestion des risques. Notion qui sera pertinente à détailler dans un prochain travail de recherche.

V. Conclusion

Ce travail de recherche a permis de mieux comprendre les mécanismes contributifs à la sous-déclaration des EI en anesthésie.

Il a ainsi pu mettre à jour les différents déterminants qui entraînent les professionnels de l'anesthésie à déclarer un événement indésirable et parallèlement ceux qui les en empêchent.

L'origine multifactorielle de cette problématique nécessite la mise en œuvre d'un système organisationnel expert pluridisciplinaire. Mais ce système semble encore avoir des difficultés à trouver son application sur le terrain.

Toutefois, un véritable intérêt pour cette discipline est né et se retrouve dans les blocs opératoires à ce jour.

Les freins à son évolution résident aujourd'hui dans une insécurité juridique vis-à-vis des déclarants, une mauvaise perception des EI par les professionnels, un support déclaratif pas toujours adapté et des problèmes communicationnels au sein de ce système. Mais cette démarche est récente et en constante évolution. L'attitude réflexive et dynamique qu'elle suppose l'oblige à repenser son fonctionnement au quotidien.

Enfin, il sera judicieux de développer cette étude à un niveau quantitatif pour observer si les données retrouvées dans cette recherche sont le reflet du fonctionnement de toute la population des infirmiers anesthésistes au niveau national. Une étude prospective

multicentrique basée sur la déclaration des EI par les IADE pourrait déterminer avec précision la réalité de cette problématique sur notre territoire. Une telle étude permettrait peut-être de pouvoir proposer un nouveau cadre réglementaire, notamment au niveau de la protection juridique des professionnels déclarant volontairement un EI.

REFERENCES



Sites internet

- Aulagner G., Dewatcher P., 2006 « Prévention des erreurs médicamenteuses en anesthésie », Recommandation de la SFAR. http://www.omedit-hautenormandie.fr/Files/preverreurmedic_recos.pdf. Consulté le 13/10/2015.
- Prof. Keyser V. D., Prof. Lamy M., 2004 « Développement d'un système de signalement d'incidents/accidents en milieu médical », travail de recherche. http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub_ostc/PS/rPS12_fr.pdf. Consulté le 13/10/2015.
- David G., Sureau C., 2006 « De la sanction à la prévention. Pour une prévention des événements indésirables liés aux soins », Académie national de médecine. http://www.institutmauricerapin.org/docs/ev_indesirables.pdf. Consulté le 15/10/2015.
- Wissmann M., 1994 « Directive 94/56/CE du conseil du 21 Novembre 1994, établissant les principes fondamentaux régissant les enquêtes sur les accidents et les incidents dans l'aviation civile », Sénat. www.senat.fr/rap/198-205/198-2056.html. Consulté le 15/10/2015

- Kothari D., Gupta S., 2010 "Medication error in anaesthesia and critical care: A cause for concern", Indian Journal of Anaesthesia. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2933474/. Consulté le 20/10/2015.
- Gaba D. M., Singer S. J., 2003 "Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators", Hum Factors, PubMed. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14529192. Consulté le 13/10/2015.
- Wheeler S. J., Wheeler D. W., 2005 "Medication errors in anaesthesia and critical care", Anaesthesia, Journal of the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2044.04062.x/full>. Consulté le 13/11/2015.
- Mahajan R. P., 2011 "Medication errors: can we prevent them?" British Journal of Anaesthesia. <http://m.bja.oxfordjournals.org/content/107/1/3.full>. Consulté le 18/11/2015
- Desmots J. M., « Le demi siècle qui fit l'anesthésie réanimation en France », Université PARIS 7. http://www.jlar.com/Congres_anterieurs/JLAR2006/50_ans_anesthesie.pdf. Consulté le 08/12/2015.
- Gattlen L., Voirol P., Pannatier A., Chiolo R., 2009 « Développement d'étiquettes pré-formatées pour les médicaments injectables en soins intensifs adultes », 15^{ème} journée Franco-Suisse de pharmacie hospitalière. Dijon. http://www.has-sante.fr/guide/SITE/documents/CHUV_POSTE_R2009.pdf. Consulté le 14/11/15.
- Amalberti R., Gemion C., 2007 « Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine », Drees, document de travail, n°584. <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12767/1/er584.pdf>. Consulté le 14/11/2015
- Nestrigue C., 2012 « Estimation du surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital en France », institut de recherche et documentation en économie de la santé. <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Documents/DeTravail/DT44EstimationSurcoutsEvenementsIndesSoinsHopitalFrance.pdf>. Consulté le 22/01/2016.
- Saintoyant V, Duhamel G, Minvielle E, « Gestion des risques associés aux soins : état des lieux et perspectives. », *Pratiques et Organisation des Soins* 1/2012 (Vol. 43), p.35-45. www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2012-1-page-35.htm. Consulté le 23/01/2016.
- Le Coz E., 2003 « Système de management de la qualité (SMQ) : processus d'amélioration- Modèle de la roue de Deming pour l'amélioration continue », techniques de l'ingénieur. <http://www.techniques-ingenieur.fr/base-documentaire/genie-industriel-th6/qualite-et-securite-des-systemes-industriels-42153210/systeme-de-management-de-la-qualite-smq-processus-d-amelioration-ag1751/modele-de-la-roue-de-deming-pour-l-amelioration-continue-ag1751niv10003.html>. Consulté le 23/01/2016.
- Hureau J., 2012 « Signalement des événements en médecine-protection juridique », Académie national de médecine, rapport du 28-02-2012. <http://www.academie-medecine.fr/publication100036459/>. Consulté le 01/02/2016.

- Bazet I., Jolvet A., Mayere A., 2008
"Pour une approche communicationnelle du travail d'organisation : changement organisationnel et gestion des événements indésirables », communication et organisation. <http://communicationorganisation.revues.org/424>. Consulté le 01/02/2016.
- Occelli P., 2010 « la culture de sécurité des soins : du concept à la pratique », Haute autorité de santé. Rapport consultable : www.has-sante.fr. Consulté le 01/02/2016.
- HAS, 2014 « Evènement indésirable associé aux soins (EIAS), rapport HAS. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/eias_hors_ets_vd_1710.pdf. Consulté le 01/05/2016.
- HAS., 2014 « Repères-Les revues de morbi-mortalité », rapport HAS. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2568478/fr/reperes-les-revues-de-morbi-mortalite-rmm



Textes législatifs

- Balladur E., 1994 « Décret no 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques du fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique », n°284 du 8 décembre 1994. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000549818&categorieLien=id>. Consulté le 22/12/2015.
- Douste-Blazy P., 2005 « Arrêté du 28 avril 2005 relatif aux bonnes pratiques de pharmacovigilance », texte de loi. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000812853&dateTexte=>

Consulté le 17/01/2016.

- Kouchner B., 2002 « Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de », texte de loi. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>. Consulté le 22/01/2016.
- Godfroid T., Kivits J., Guignard L., 2012 « Préparer et conduire un entretien semi-directif », séminaire. <http://cruh.univ-lorraine.fr/sites/cruh.univ-lorraine.fr/files/documents/Tiphaine%20Godefroid.pdf>. Consulté le 15/03/2016.



Ouvrages

- Clergue, F. (2010), « L'erreur humaine en anesthésie, bilan et perspectives », *Oxymag*, n°111, p.19-23
- Laukaityte, E. (2015), « Accidental injection of patent blue dye during gynaecological surgery : Lack of knowledge constitutes a system error », *Elsevier*.
- Benhamou, D., Nacry, R., Journois, D., Auroy, Y., Durand, D., Arnoux, A., Olier, L., Castot, A. (2013) Evaluation de l'impact auprès des professionnels de la mise en œuvre de la seconde vague du plan d'harmonisation de l'étiquetage des injectables, Edition Elsevier.



Support multimédia

- Biboulet, P. (2015), « Mortalité liée à l'anesthésie, apprentissage de la culture du risque », présentation institut de formation des infirmiers anesthésistes de Montpellier.

- Rubenovitch J., Requena M. H., 2015
« Initiation à la gestion des risques »,
présentation institut de formation des infirmiers
anesthésistes de Montpellier.