

## 1. PRÉPARATION DU CAS ET IDENTIFICATION DE L'ERREUR

**Que s'est-il passé et qu'est-ce qui n'a pas fonctionné?**

Collecte de données pour la présentation chronologique du cas.

Sources potentielles:

- Dossier du patient, laboratoire, pathologie, imagerie
- Directives et standards internes
- Littérature spécialisée
- Informations données par les personnes impliquées/ celles les concernant
  - Comment se présentait le cas X pour toi?
  - Qu'as-tu fait?
  - Que s'est-il passé dans ta tête lorsque tu as fait X/Y?
- Éventuellement questions supplémentaires

**Ne présenter que l'essentiel!**

## 2. IDENTIFICATION DES FACTEURS CONTRIBUTIFS (analyse préliminaire)

**Qu'est-ce qui a influencé les événements?**

### **Facteurs d'influence systémiques selon le Protocole de Londres**

Dans quelle mesure les conditions générales de travail ont-elles joué un rôle lorsque la personne a été confrontée à des défis concrets dans son travail? Compte tenu de l'interaction entre l'humain et l'environnement, des erreurs peuvent parfois se produire en raison d'interactions malheureuses entre des unités fonctionnelles. À titre d'exemple, la convivialité d'un outil informatique prend une importance singulière en situation de stress. Et on ne peut identifier les règles implicites qu'après avoir travaillé plusieurs années dans un hôpital. Il est plus difficile de s'occuper de patients complexes si l'on est fatigué ou si les modes de communication et la culture de sécurité influencent le moment où vous demanderez de l'aide. La liste selon le Protocole de Londres peut aider à identifier les influences systémiques. Ce qui est important est de considérer le cas sous des perspectives aussi variées que possible et de tenir compte des interactions. Cette liste tient lieu de proposition. Il n'est pas nécessaire de perdre trop de temps à réfléchir aux catégories imputables à chaque élément.

## Préparation du cas RMM

Type de facteur	Facteurs d'influence
Facteurs relatifs aux patients	<ul style="list-style-type: none"><li>• Situation (complexité et gravité)</li><li>• Langue et communication</li><li>• Facteurs relatifs à la personnalité et sociaux</li></ul>
Facteurs relatifs aux tâches et procédures	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aménagement des tâches et du processus et clarté structurelle</li><li>• Disponibilité et application des recommandations de pratique clinique</li><li>• Disponibilité et précision des résultats de tests</li><li>• Aides à la décision</li></ul>
Facteurs individuels (personnel)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Connaissances et facultés</li><li>• Compétence</li><li>• Santé physique et psychique</li></ul>
Facteurs relatifs à l'équipe	<ul style="list-style-type: none"><li>• Communication orale et écrite</li><li>• Supervision et demande d'aide</li><li>• Structure de l'équipe (adaptation/harmonie, stabilité, conduite, etc.)</li></ul>
Facteurs de l'environnement de travail	<ul style="list-style-type: none"><li>• Effectif de personnel et mix de qualifications</li><li>• Charge de travail et planification des équipes</li><li>• Qualité, disponibilité et entretien de l'équipement technique</li><li>• Soutien de l'administration et de la direction</li><li>• Environnement physique</li></ul>
Facteurs relatifs à l'organisation et à la gestion	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ressources financières et restrictions</li><li>• Structure de l'organisation</li><li>• Principes, normes et objectifs</li><li>• Culture de la sécurité et priorités</li></ul>
Facteurs relatifs au cadre institutionnel	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cadre économique et réglementaire</li><li>• Politique de la santé</li><li>• Liens avec des organisations externes</li></ul>

### Les distorsions cognitives ont-elles pu exercer une influence?

Dans une deuxième étape d'analyse, on peut se demander si les distorsions cognitives sont susceptibles d'avoir exercé une influence. Ci-après, voici trois exemples de distorsions cognitives courantes. Une liste plus complète figure en annexe comme liste de contrôle. Elle ne constitue qu'une proposition et l'exactitude des dénominations est secondaire.

#### **DISTORSIONS COGNITIVES**

##### **Heuristique de disponibilité (availability bias)**

La facilité avec laquelle on se souvient des contenus influence la perception subjective de la probabilité d'occurrence. Les contenus qui nous préoccupent régulièrement sont donc plus rapidement récupérés en mémoire, indépendamment de la vraisemblance de leur occurrence. Ce point peut jouer un rôle dans le diagnostic, par exemple.

##### **Biais de confirmation (confirmation bias)**

Nous percevons plutôt les informations qui confirment nos idées existantes et tendons à ignorer les informations qui contredisent nos attentes.

##### **Lunettes de triage (triage cueing)**

Le triage, soit la répartition des patients par tableaux cliniques et états se produit fréquemment, notamment aux urgences. Dès que ce patient parvient dans un service défini, il ou elle sera considéré en premier lieu à travers ces «lunettes».

##### **Abandon yin-yang (yin-yang out)**

Après de très nombreuses interventions diagnostiques, il se produit une tendance d'abandon déjà après un résultat satisfaisant.

##### **Retrait du zèbre (zebra retreat)**

Des diagnostics différentiels rares ne sont pas poursuivis afin de ne pas gaspiller les ressources (temps et argent), pour éviter d'être considéré comme irréaliste, faute d'accès à des spécialistes (p. ex. le week-end) ou en raison de la fatigue et d'une diversion.

##### **Effet du disciple (bandwagon effect)**

Certaines choses sont crues ou même exécutées uniquement sur la base de la croyance ou des actes des autres. Par exemple, des personnes compétentes se rallient à la «pensée collective» et prennent des décisions moins judicieuses parce que chaque membre du groupe adapte son opinion à la pensée collective supposée.

##### **Effet du moment présent (diagnosis momentum)**

Des hypothèses s'établissent insidieusement jusqu'au diagnostic parce que tous en parlent et adoptent le diagnostic. À un moment ou un autre, le diagnostic différentiel disparaît.

##### **Parti pris de commission (commission bias)**

On part du principe que seules des interventions peuvent maintenir le bien-être du patient ou de la patiente.

##### **Erreur par omission (omission bias)**

De mauvais résultats qui se produisent en raison d'un déroulement naturel sont mieux acceptés que ceux résultant d'une intervention médicale. C'est pourquoi il arrive qu'en cas de doute, on tend à ne rien faire. Les erreurs d'omission sont plus fréquentes que les partis pris de commission.

Adaptation de: The Ottawa RMM Model: A Guide to Enhancing Morbidity and Mortality Rounds Quality.

## Préparation du cas RMM

### Présentation de l'analyse préliminaire pour la discussion en groupe

Après la présentation du cas, nous recommandons d'afficher une fois encore les moments clés dans l'ordre chronologique sur une diapositive séparée. Il peut s'agir tant des faits médicaux que d'erreurs (flèche bleue). La flèche ne présente pas une chaîne de causes d'erreurs, mais uniquement le déroulement chronologique des événements et actes. Les facteurs identifiés (Protocole de Londres, distorsions cognitives) figurent sur la même diapositive (bulle). Il est important de ne pas mentionner uniquement les catégories de facteurs (p. ex. facteurs d'équipe), mais de veiller à les concrétiser (p. ex. mise à jour du diagnostic non communiquée). Cette diapositive qui présente de manière brève et éloquentes les événements de l'analyse préliminaire constitue la base de la discussion en groupe.

### Présentation possible de l'analyse préliminaire

#### Environnement de travail

Évaluation avec une liste de contrôle erronée en raison de l'échec d'une mise à jour du système

#### Distorsion cognitive/ conclusions hâtives

Focalisation sur les blessures

#### Facteurs relatifs aux patients

Difficultés de communication en raison d'une surdité

#### Supervision et demande d'aide

pertinence des messages d'erreur non reconnue par un nouveau collaborateur

#### Charge de travail

Nombreux collaborateurs malades → peu de temps pour le patient

#### Entrée

Accident automobile à la suite d'un AVC

#### AVC non identifié

Le patient était déjà sourd auparavant → pas d'anomalie de la parole, aucune réaction aux instructions

#### Mauvaise interprétation du trouble sensoriel

#### Opération de la jambe

#### Soins intensifs

#### 2<sup>e</sup> AVC

#### RÉSULTAT

Déroulement inadéquat en raison de la non-reconnaissance du premier AVC