

Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des Evénements indésirables.



Les facteurs organisationnels et humains

Introduction

Les activités à risque ont, depuis une cinquantaine d'années, permis de développer de nombreuses **stratégies de fiabilisation** face aux dangers auxquelles elles exposent leurs personnels, leurs usagers et les tiers de leur voisinage. Ceci, en réponse à des accidents ou des taux de perte de contrôle jugés inacceptables.

La fiabilité technique a été la première voie de renforcement de la sécurité : meilleure maîtrise technologique, meilleure anticipation des contraintes, meilleur suivi en maintenance, une automatisation croissante...

Ces évolutions ont, depuis les années 70 mis en exergue un frein inattendu à ces progrès : les Facteurs Humains. Cette déduction a été aisée à produire : si l'analyse des causes de l'accident ne montre pas de fait technique, alors l'attribution aux « Facteurs Humains » s'impose, par défaut.

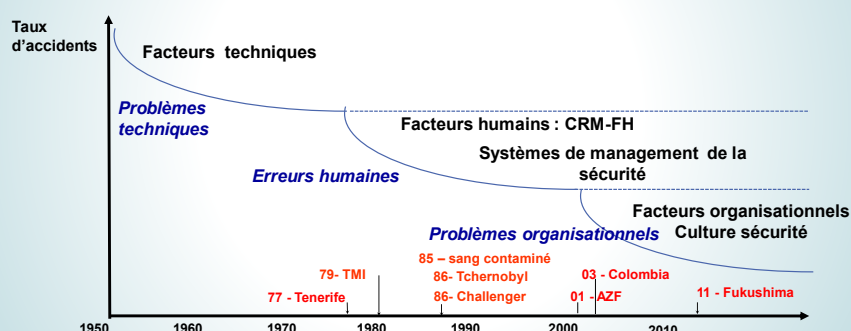
Cependant, il ne suffit pas de bons systèmes, conduits avec de bonnes règles et des professionnels bien formés pour assurer la sécurité. Les professionnels produisent des comportements différents de ceux imaginer par les concepteurs.

Dans les années 90, il devient nécessaire de comprendre les raisons de cette faillibilité humaine qui apparaît comme un frein à la fiabilité globale.

De multiples travaux sur le fonctionnement humain, sur les interfaces, sur les liens entre les organisations, les professionnels et les contextes sont à l'origine de stratégies renforçant l'interaction entre les dimensions humaines et techniques de la fiabilité et de l'efficacité des systèmes à risque. **Cela a permis de mieux appréhender le rôle spécifique de la composante humaine dans la fiabilité.**

Facteurs Organisationnels et Humains

Évolution des approches sécurité



Durant ces décennies le monde médical, et hospitalier en particulier, a continué à camper sur une **vision classique** de la performance en sécurité : des experts, de bons matériels et de bonnes pratiques font la performance en sécurité. La médecine a aussi bénéficié d'**évolutions technologiques** considérables et travaillé sur les bonnes pratiques. Par ailleurs, de très nombreuses recherches et études ont été consacrées à la compréhension du fonctionnement des professionnels de santé et à l'évaluation objective de leur performance en matière de sécurité du patient. Mais la culture fondée sur l'excellence individuelle, les bonnes pratiques et la bonne volonté individuelle reste ancrée.

Ainsi, le monde médical, hospitalier, demeure en retard sur deux axes majeurs :

- La **lecture systémique des événements**, qu'ils soient passés ou à venir et donc redoutés. Ne pas attendre l'accident pour vérifier la performance en sécurité. **La dimension proactive est incontournable.**
- La **prise en compte des fonctionnements humains et organisationnels pour établir des barrières réalistes et fiables** pour les professionnels. De nombreuses organisations recherchent le renforcement en sécurité produit par le fonctionnement coopératif des équipes et les stratégies managériales positives. Ce qui n'est pas encore généralisé dans le monde de la santé.



Les raisons :

- Le fonctionnement humain professionnel n'est pas strictement rationnel mais largement automatisé par des routines. Ce qui explique que **son efficacité ne puisse être absolue.**
- Il importe de cadrer et de **soutenir ces routines** pour qu'elles soient performantes. Laisser leur construction à la libre initiative individuelle limite considérablement les performances collectives.
- Le fonctionnement en situation est à la fois performant en adaptation et facilement **dérouté par des interruptions, conflits, incompréhensions...**
- La dimension collective est essentielle car le **groupe est un puissant agent de récupération.** Cela suppose des formes adaptées de leadership, de coopération et de soutien entre ses membres
- Les organisations sont tentées de minimiser leur rôle et les effets de leurs décisions dans la construction de la sécurité par les acteurs de première ligne.



Les freins peuvent-être identifiés :

- La formation des médecins ne comporte pas de rubriques « gestion de risque en termes FOH » qui interpelleraient sur les **limites d'une vision toute puissante de l'expertise** pour assurer la performance en sécurité. C'est paradoxal au regard des estimations du nombre d'EIG évitables, c'est-à-dire résultant d'erreurs ou de violation.
- Curieusement, les personnels **infirmiers sont mieux lotis avec 50 h consacrées à la gestion des risques** pour les IADE et IDE actuellement en formation. Ils pourraient bien se retrouver en situation de décalage avec leurs collègues. **Cependant les FOH spécifiquement, sont encore peu enseignés.**
- **L'absence actuelle de masse critique** pour faire basculer la culture dominante (expertise individuelle/bonne pratique) vers une prise en compte effective des dimensions FOH (fonctionnement humain et vision systémique proactive) perdure. **Et le manque de formation continue dans le domaine est révélateur.**
- Les outils d'analyse développés sont essentiellement rétroactifs (RMM, CREX...) alors que les gains de performance en sécurité sont bien **plus efficaces sur l'axe proactif** (analyse des menaces et événements redoutés, de la qualité des barrières et de leur réalisme).
- La césure reste franche entre un management stratégique qui n'intègre pas les dimensions de la sécurité du patient dans ses arbitrages et objectifs et des **acteurs de terrain qui y sont très directement confrontés.**

Une définition des facteurs humains et organisationnels ou Human factors /ergonomics

Il est difficile de donner une définition de cette « discipline » encore peu enseignée dans le domaine de la santé et peu étudiée en France du point de vue médical.

Les anglo-saxons sont précurseurs dans ce domaine.

On peut dire qu'il s'agit d'une **science** qui étudie les **relations entre les individus et les systèmes avec lesquels ils interagissent**. (international Ergonomics Association 2020)

Etudier les FOH c'est **comprendre** entre autres, **les compétences non techniques des personnes et des organisations** : ainsi il est nécessaire de prendre en compte :

Des **paramètres physiologiques** : comme le **stress**, la **fatigue**, le **sommeil**, l'attention .

Les **sciences cognitives** pour comprendre pourquoi nous faisons des erreurs, des transgressions. Comment fonctionnent les **processus** de prise de décision, la gestion des priorités, la conscience de la situation, la perception du risque, les compromis, les biais cognitifs, la répercussion de la charge de travail sur la gestion des tâches.

La **psychologie sociale**, pour l'importance du travail en équipe, de la communication, la coopération, la gestion des conflits, les biais de groupe, la perception du risque commune ou pas, le leadership.

L'observation des compétences pédagogiques et des biais de formation par exemple.

L'étude du **management** : quel rôle ont les managers, quel système de management est en place (notamment sécurité) et est-il intégré ? Cette vision managériale influence t-elle l'ingénierie ou la conception des systèmes ?

La **sociologie des organisations** : l'histoire, la culture organisationnelle de l'établissement, l'organisation hiérarchique,

Observer les relations humaines et notamment tout ce qui a trait aux formations initiales ou continues mais aussi les ressources, les remplacements, les affectations, les mutations, le turn-over .

Enfin la **culture sécurité** de l'établissement. Existe-il un retour d'expérience ? Un partage d'expérience ? Les pratiques de fiabilité sont-elles partagées ? Y-a-t-il l'utilisation d'outils de fiabilité ? Et enfin il ne faut pas oublier, le contexte. En effet la contrainte contextuelle va être importante à prendre en compte.

Focus sur la diversité du travail :

Steven Shorrock spécialiste des facteurs humains et de la sécurité attire l'attention sur le sujet suivant : l'écart entre

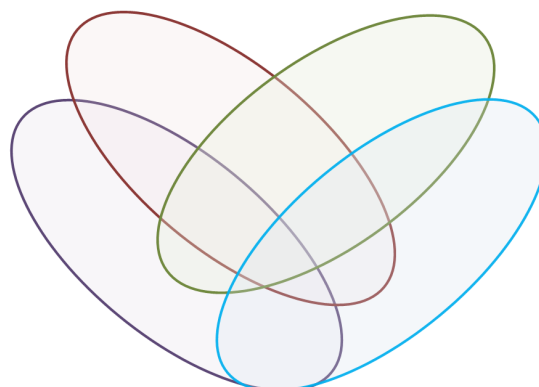
- le travail tel qu'il est imaginé (conçu)
- Le travail tel qu'il est prévu (prescrit par un protocole ou procédure)
- Le travail tel qu'il est annoncé (à d'autres qui ne font pas ce travail)
- Le travail tel qu'il est accompli (réel)



Le schéma qu'il diffuse résume bien les différences de perception et de réalisation du travail

Le travail tel qu'il est conçu
Work as imagined

Le travail tel qu'il est prévu
Work as prescribed



Le travail tel qu'il est annoncé
Work as explained or disclosed

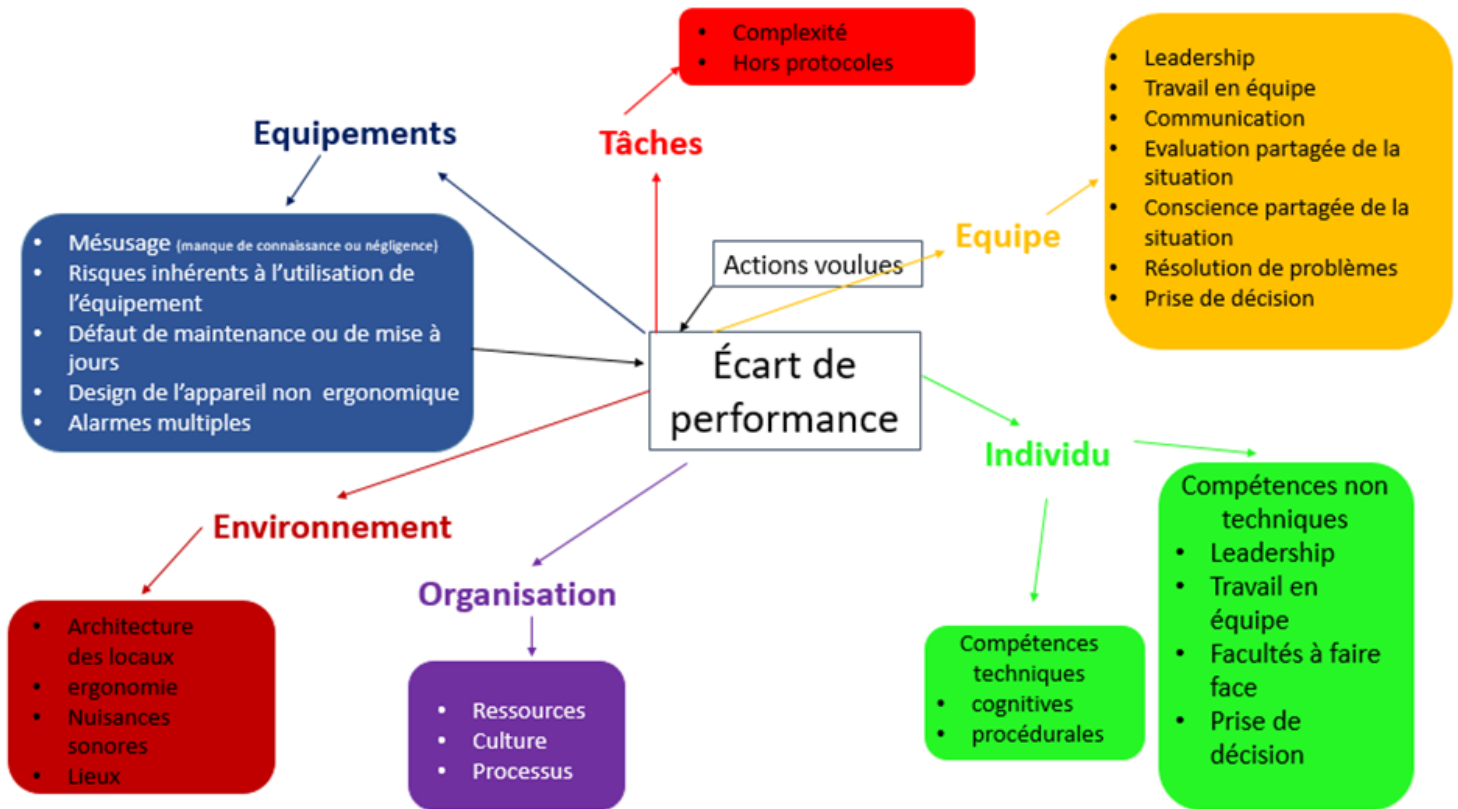
Le travail tel qu'il est accompli
Work as done

Les fausses idées à propos des facteurs humains

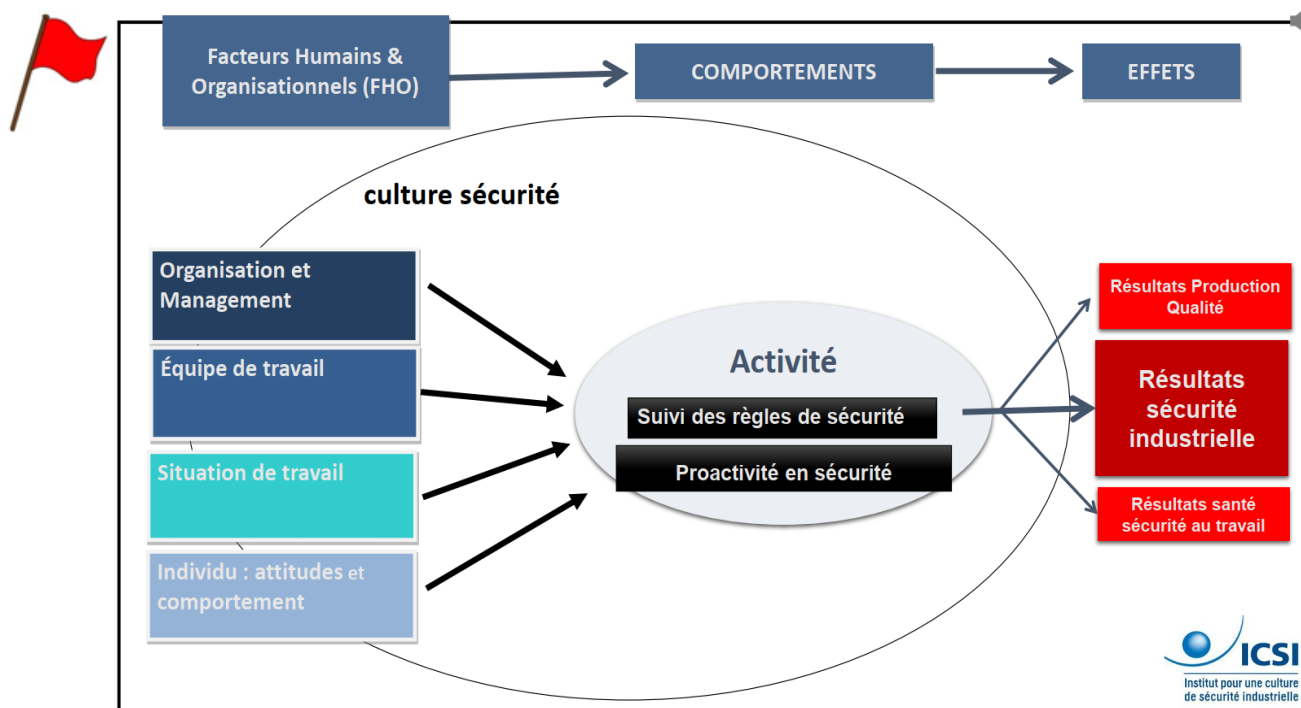
- Cherchent à éliminer les « erreurs humaines »
- Traitent les problèmes en apprenant aux personnes à modifier leur comportement
- Se concentrent uniquement sur l'individu
- Consistent en un ensemble limité de principes qui peuvent être appris au cours d'une formation courte



Les différents facteurs influençant l'exécution correcte d'une tâche



Les situations, les comportements et leurs effets



« Nous ne pouvons pas changer fondamentalement la condition humaine, mais nous pouvons changer les conditions dans lesquelles les gens travaillent afin de faire moins d'erreurs. » J Reason (2008)

Quelques notions

L'équilibre entre sécurité réglée et sécurité gérée : utopie ?

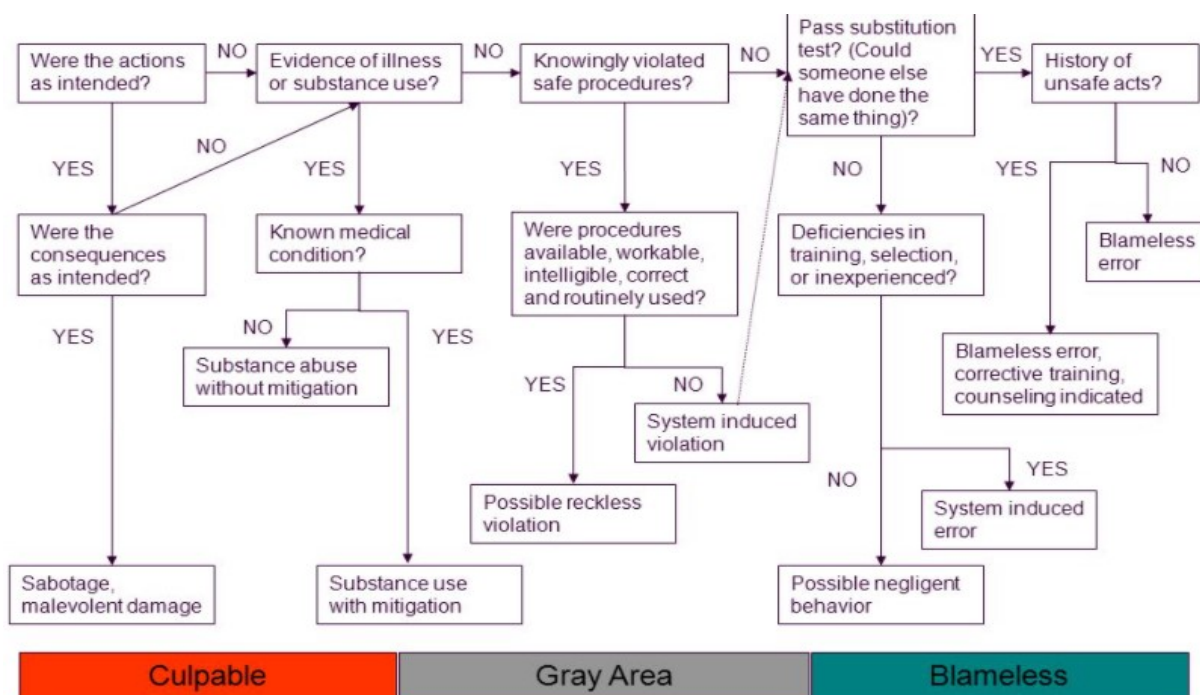
La sécurité repose sur deux composantes complémentaires. L'anticipation des situations de travail et à risques et comment y faire face par le respect de procédures ou de protocoles, il s'agit de la sécurité dite réglée. L'autre composante repose sur les compétences des professionnels qui en fonction des situations réelles du terrain, du contexte, adaptent la façon de réaliser la tâche au mieux : il s'agit de la sécurité gérée. Dans la sécurité réglée on attend un comportement de conformité par rapport aux procédures. Dans la sécurité gérée on attend un comportement adaptatif et proactif souvent face à une situation imprévue ou inhabituelle.

Les deux sont essentielles : mais les procédures doivent être applicables et issues d'une bonne cartographie des risques réalisées avec les professionnels de terrain. Cela signifie qu'il faut renforcer la compétence individuelle et collective de l'équipe de soin et travailler ensemble sur la notion de travail d'équipe.

Des outils comme les retours d'expériences, les analyses de scénarios cliniques, la simulation permettent de favoriser la prise de conscience de l'importance des deux systèmes : nécessité de conformité et de proactivité pour s'adapter à la situation de soin et faire preuve de résilience.

Les organisations à haute fiabilité reconnaissent que la variabilité humaine est une force à exploiter pour éviter les erreurs, mais elles s'efforcent de se concentrer sur cette variabilité et sont constamment préoccupées par la possibilité de l'échec.

La culture juste ou de l'équité a été défini par J. Reason en 1997 comme étant « un climat de confiance qui incite les personnes à fournir les renseignements essentiels à la sécurité (voire les en récompense), mais dans lequel les personnes sont également au courant des limites qui existent entre un comportement acceptable ou non ». En pratique il s'agit d'établir la limite entre acceptable et inacceptable et traiter les zones « grises » de façon transparente. Un arbre décisionnel est utilisé pour se poser des questions sur l'intention du professionnel confronté à un EIGS, son éventuelle incapacité, la violation délibérée d'une procédure puis effectuer un test de substitution et se poser la question d'une éventuelle récurrence.



Adapted from James Reason. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*.

Les conditions de la fiabilité :

- Il faut toujours des systèmes bien conçus, avec de bonnes règles et de bonnes formations,
- Y ajouter des acteurs entraînés aux activités coopératives, aux situations inhabituelles,
- Employant des techniques individuelles et collectives de fiabilisation,
- Agissant dans des contextes où les événements redoutés ont été anticipés et les barrières qui en protègent ont été vérifiées quant à leur pertinence et efficacité,
- Comme tout n'est pas anticipable, il faut des professionnels formés à la gestion de l'imprévu
- Et en proposant ces cadres aux acteurs, tant pour l'évaluation ergonomique des interfaces que pour une gestion globale des risques de l'organisation.

Les HRO

Les organisations hautement fiables (HRO) gèrent le compromis entre les deux modèles pour produire la meilleure qualité de travail en s'adaptant aux contraintes perpétuelles. Cela nécessite d'accepter et d'inciter les débats entre professionnels, de **favoriser le retour d'expérience** et par ce biais d'augmenter les compétences, de revoir certaines procédures.

Cinq caractéristiques définissent les organisations les plus sûres haut niveau de performance et limitation des accidents) :

- **une préoccupation permanente** des défaillances ou erreurs ou dysfonctionnement grâce à un bon système de reporting pour avoir une vision réaliste de la situation et y faire sens (sensemaking)
- **Une réticence à la simplification** : les HRO savent par expérience que les défaillances sont systémiques et qu'il faut les analyser correctement et de manière approfondie.
- Une sensibilité aux opérations en maintenant **une vision globale de la situation** de travail et en anticipant de potentielles défaillances
- Un engagement vers **la résilience** en sachant que l'erreur est inévitable mais en étant en capacité de poursuivre l'activité même en cas de dysfonctionnement
- Un **respect de l'expertise** car la culture de diversité permet à l'organisation d'agir en obtenant une connaissance experte a regard d'une situation remarquable ou exceptionnelle.

Ces organisations recherchent en permanence à savoir ce qu'elles ne connaissent pas. Cela implique **l'entraînement des professionnels et l'amélioration pour répondre à l'imprévu** : la simulation !

Elles doivent être performantes et fiables pour prendre des décisions sûres à court terme mais aussi sur le long terme.

La vision globale doit être partagée par tous quelque soit le rang hiérarchique.

Pour être opérationnelle ce système repose sur d'autres aspects essentiels :

- **Une pleine conscience collective (collective mindfulness)** : savoir utiliser toute information pour adapter la prise de décision, connaître certains biais (de confirmation, de conclusion hâtive) pour ne pas adopter des comportements automatiques. Replacer l'information dans le contexte en favorisant l'atteinte de l'objectif sans se focaliser sur la manière de l'atteindre lors d'une situation exceptionnelle.
- **Donner du sens même (sensemaking)** à ce qui peut paraître ambiguë en partageant la situation pour faire sens : cela passe par une terminologie et un langage commun entre professionnels
- **Passer à l'action (enactment)** lors d'une décision prise après avoir fait sens auprès du groupe, il faut agir pour évaluer si l'action a ou pas produit l'effet escompté. La peur de faire une erreur ne doit pas stopper le professionnel pour la mise en œuvre de l'action décidée.

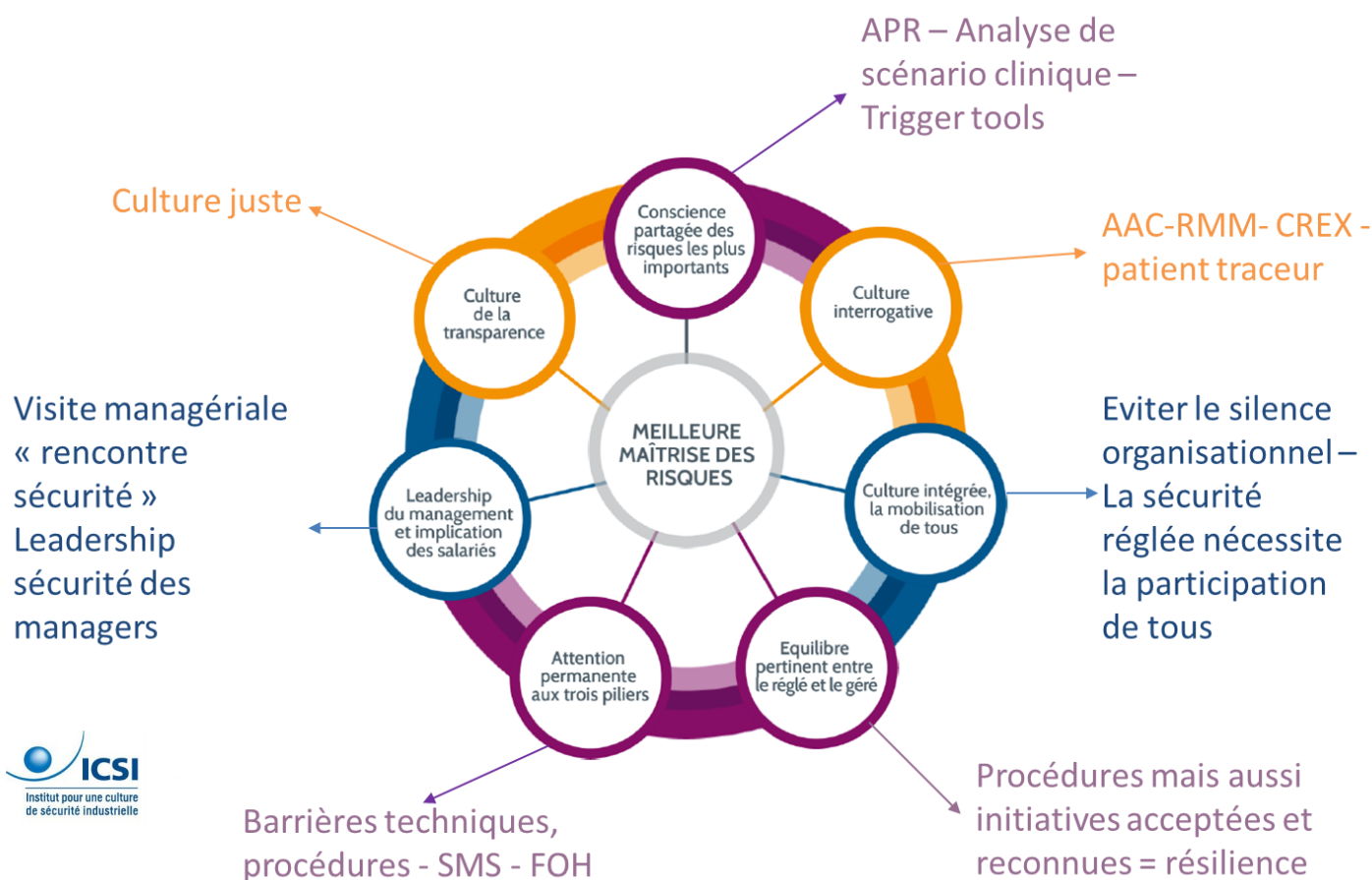
La culture Sécurité en Santé

La culture Sécurité en santé se décline autour de 4 composantes que l'on retrouve dans les HRO :

- le signalement et la déclaration d'évènement indésirable
- Le retour d'expérience pour apprendre
- L'amélioration du travail en équipe
- La culture juste

Mais on peut aller plus loin....

Les attributs d'une culture sécurité performante : version industrielle et possibilités pour le monde de la santé



L'Institut pour une Culture de Sécurité Industrielle (ICSI) a défini les 7 attributs pour une culture de sécurité intégrée.
« Pour se diriger vers une culture de sécurité intégrée il faut mêler une approche stratégique, la volonté de mobiliser tous les acteurs, et un choix réduit de quelques processus clés sur lesquels travailler. »

Chaque structure de soins peut s'approprier cette rosace et travailler avec des outils de gestion des risques adaptés à la santé pour améliorer la culture de sécurité. Quelques outils sont suggérés sur cette page mais la liste n'est pas exhaustive !

- **La conscience partagée des risques les plus importants** : penser les risques au-delà de ce que relève les accidents les plus fréquents : en santé comme indiqué sur le schéma des outils de gestion des risques sont utilisables.
- **La culture interrogative** : partager la conviction que la maîtrise des risques n'est jamais acquise, la culture du doute et apprenante qui peut utiliser les outils cités sur le schéma adapté
- **Une culture intégrée** : la mobilisation de tous ou reconnaître que personne n'a seul, toutes les connaissances nécessaires à la sécurité.
- **L'équilibre pertinent entre le réglé et le géré** ou anticiper le mieux possible et faire face à l'imprévu : développer la résilience et une culture flexible.
- **Une attention permanente aux 3 piliers** ou prêter attention à la vie des barrières (de sécurité), en conception et au quotidien : Les barrières techniques, les facteurs organisationnels et humains et le système de management de la sécurité.
- **Le leadership du management et l'implication des professionnels** (des salariés) ou favoriser conformité sûre et proactivité : place de la sécurité dans les arbitrages, leadership directif-participatif, le dialogue, le rôle des collectifs, débats entre professionnels.
- **La culture de la transparence** ou se donner les moyens de la confiance et de la liberté de parole : la culture juste, la circulation de l'information, la cohérence du discours et des actes, une communication externe loyale.

Alors comment faire ?

Pour que ce système sécurité soit le plus performant possible, les mesures de réduction des risques sont nombreuses et variées. Ainsi le pré requis qui consiste à **rendre visible les barrières de sécurité mais aussi leur possible défaillance** va permettre de renforcer la robustesse des barrières existantes où d'en proposer de nouvelles mais cela suppose un **retour des acteurs de terrain pour faire remonter toutes les difficultés ou les idées** pour améliorer ces barrières.

La récupération

Ce qui fait la sécurité n'est pas l'absence d'erreurs mais leur récupération. Les erreurs sont inévitables et les erreurs de routine sont très fréquentes. Or les routines sont nécessaires pour la performance du travail. **Les professionnels les plus fiables ne sont pas ceux qui font le moins d'erreurs mais ceux qui en récupèrent le plus.** Or pour favoriser la récupération des erreurs il est essentiel de tenir compte des paramètres suivants : la charge de travail doit être adaptée : en cas de surcharge de travail des ressources supplémentaires doivent être dédiées. Une vigilance partagée de la situation et des risques doit être favorisée par une alerte mutuelle et donc une confiance entre équipiers. **Il est reconnu que les erreurs de mise en œuvre des règles ou de mise en œuvre des connaissances ont en général une dimension organisationnelle** : par exemple les règles qui ne sont pas applicables pour la performance attendue ou les connaissances qui ne sont pas mises à jour régulièrement par manque de formation continue.

Ainsi il faut se méfier des conclusions trop hâtives qui reposent sur le terme « erreur humaine » et la sentence facile du « il aurait dû faire... »

Il est préférable de se poser la question: qu'est-ce qui explique que la personne ait agi de cette façon ?

Une mauvaise enquête finit quand on a trouvé une erreur, une bonne enquête commence quand on a trouvé une erreur.

Ainsi on peut lire régulièrement que 80% des accidents ont pour cause une erreur humaine. Mais on peut se poser la question de ce que l'on désigne par erreur humaine. Car tous les facteurs contribuant à un accident sont liés à des décisions humaines depuis la conception, l'organisation du travail, à la réalisation des tâches. **Il est donc important d'analyser les risques et de mettre en place toutes les barrières de sécurité envisagées en équipe.**

Développer les compétences non techniques



Les problèmes liés à la communication pour la sécurité des soins

70% des événements indésirables graves ont, entre autres, comme **cause racine des problèmes de communication entre soignants**.

Or la communication n'est pas enseignée lors du cursus des professions de santé. Apprendre à communiquer peut faire partie d'une formation de type CRM.

La communication santé a fait l'objet d'un livre très pratique, rédigé par Jérôme Cros anesthésiste, qui décrit plusieurs biais de communication et propose des solutions pour agir et **sécuriser la communication** entre professionnels.

La communication, c'est **aussi la communication organisationnelle**. Ainsi la façon dont l'encadrement de proximité ou supérieur communique avec les acteurs de terrain est essentielle. Cette communication est-elle exclusivement descendante et négative ou la communication montante positive et négative est-elle permise ?

La communication peut être formalisée, par exemple par des staffs réguliers pour partager des situations de soins. La communication peut être **aussi informelle** lors d'échanges autour d'un café qui permettent de réguler des malentendus ou des erreurs de communication. Cela peut aussi servir à **recupérer des informations** oubliées. Ces temps informels aident à **mieux travailler ensemble et à développer la confiance** : ils facilitent les échanges et donc la sécurité des soins.

L'importance des débriefings, à condition que ceux-ci soient effectués de manière bienveillante, en utilisant le principe suivant : être le plus factuel possible, aide à améliorer la communication en équipe mais ce débriefing ne doit jamais culpabiliser les professionnels et doit toujours veiller à valoriser les actions entreprises.



Un exemple de communication sécurisée

S

Je décris la **Situation** actuelle concernant le patient :

Je suis : prénom, nom, fonction, service/unité
 Je vous appelle au sujet de : M./Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité
 Car actuellement il présente : motif de l'appel
 Ses constantes vitales/signes cliniques sont : fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.

A

J'indique les **antécédents utiles**, liés au contexte actuel :

Le patient a été admis : date et motif de l'admission
 Ses antécédents médicaux sont : ... Ses allergies sont : ...
 Il a eu pendant le séjour : opérations, investigations, etc.
 Les traitements en cours sont : ... Ses résultats d'exams sont : labo, radio, etc.
 La situation habituelle du patient est : confus, douloureux, etc.
 La situation actuelle a évolué depuis : minutes, heures, jours

E

Je donne mon **évaluation** de l'état actuel du patient :

Je pense que le problème est : ...
 J'ai fait : donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.
 Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave
 Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet

D

Je formule ma **demande** (d'avis, de décision, etc.) :

Je souhaiterais que : ...
 par exemple :
 Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : quand ?
 ET
 Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : quoi et quand ?

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR :

il doit **reformuler** brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis **conclure** par sa **prise de décision**.

Quelques exemples :

- Les détrompeurs comme par exemple les prises crantées pour délivrer l'oxygène, l'air, le protoxyde d'azote, ou le vide.
- La standardisation du matériel.
- Favoriser l'auto contrôle les contrôles croisés
- Les check-lists
- Faire participer les agents au choix de techniques
- Améliorer l'ergonomie des locaux et des matériaux ou matériels
- Evaluer la charge de travail et adapter celle-ci en fonction des ressources
- Réaliser en équipe une formation type CRM
- La simulation
- Les formations pour mettre à jour les compétences
- Les briefings et les débriefings
- Le stop-and-go
- Le no-go
- Les interruptions de tâches doivent être évitées et si elles ne peuvent l'être il faut former les équipes à les gérer (gilets pour signaler que le professionnel réalise une tâche ou lignes au sol par exemple).

Les formations de type CRM (crew resource management)

La haute autorité en santé propose une formation pour le travail en équipe au sein d'un projet PACTE qui repose sur un temps de prise de conscience de l'importance du travail en équipe mais aussi de ses difficultés. La formation se base sur des cas cliniques qui aident l'équipe à prendre conscience de ses forces et de ses faiblesses.

L'importance du contexte, la coopération, la synergie, la communication, le leadership sont des temps forts de cette formation. Mais l'un des temps les plus importants est celui de l'échange, entre différents professionnels, sur leurs représentations de leur métier et du métier de l'autre et des attentes et besoins interprofessionnels. Cela conduit la plupart du temps à des relations plus apaisées et plus respectueuses entre professionnels., améliorant ainsi la sécurité des soins.

Le modèle d'animation



L'animateur a accès aux outils

- en s'inscrivant sur [la plateforme Pacte](#)
- un e-learning permet de visionner une session complète d'animation
- Un guide de l'animateur est disponible
- 6 supports d'animation clé en main sont disponibles



SÉCURITÉ DU PATIENT

TRAVAILLER EN ÉQUIPE

Programme d'amélioration continue du travail en équipe

Pacte

Crew Resource Management en Santé* (CRM Santé)



Extrait du e-learning

SAFETY 1 ET SAFETY 2

Ces concepts sont développés par E. Hollnagel. **Ils ne s'opposent pas mais les deux approches sont complémentaires pour comprendre et améliorer la sécurité.**

Safety 1 est considérée comme l'approche « traditionnelle » qui découle du rapport « to err is human » de l'IOM en 1999. Le principe repose sur le postulat que la sécurité est basée sur le principe suivant : **faire en sorte que le minimum de faits ou actions se déroulent de la mauvaise façon. Si un événement indésirable (EI) se produit, il suffit d'identifier la cause et de la corriger pour que l'évènement soit résolu.** Le problème est qu'il faut attendre qu'un EI se produise et alors l'organisation peut tenter d'identifier les causes et d'élaborer un plan d'action pour rectifier les dysfonctionnements.

Cependant les organisations complexes comme celles des soins, ne permettent pas toujours une identification aisée du problème (encore plus si l'on s'arrête au dernier acteur qui sera pratiquement toujours un humain ayant prodigué un soin)

Safety 2 propose une approche très différente : cette approche examine les processus et les tâches de travail lorsqu'ils se déroulent « de façon correcte ou attendue » et suggère que ce n'est pas parce que les personnes font ce qu'elles devraient faire, mais parce qu'elles adaptent ce qu'elles font pour correspondre aux conditions du moment. Safety 2 est **donc l'observation de l'adaptation des professionnels dans leur quotidien, leur résilience, pour procurer des soins optimaux malgré les conditions qui varient sans cesse.** La compréhension de cette adaptation permet de renforcer et d'améliorer encore plus cette résilience lors d'événements inattendus.

Il faut donc toujours apprendre des erreurs des autres et analyser les EIGS pour comprendre et renforcer les barrières de sécurité mais il faut aussi reconnaître que les professionnels ajustent en permanence leur activité au contexte et conditions du moment et que les erreurs font parties de cette activité.

Une Devise

« Ne pas juger les professionnels ou individus à partir des choix qu'ils ont fait, alors que vous ne savez pas les possibilités qui s'offraient à eux à ce moment précis »

Les Analyses approfondies des causes

Il est essentiel d'analyser en équipe les événements indésirables mais en respectant la méthode d'analyse et en cherchant à comprendre comment les barrières (et toutes les barrières ; pas que celles qui sont « faciles » à identifier) ont dysfonctionné, les barrières qui ont montré leur fiabilité et robustesses, les facteurs organisationnels et les facteurs humains intriqués lors de cette prise en charge.

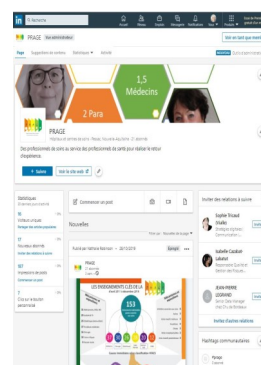
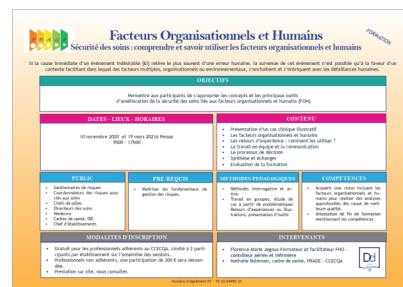


Les formations utiles :

Facteurs humains et travail en équipe de soins
L'art du débriefing
L'apprentissage à l'analyse de cause systémique
L'apprentissage du leadership
La culture juste
La simulation en particulier les séances axées sur les compétences non techniques lors de prise en charge en équipe

Les ressources mises à disposition par la PRAGE

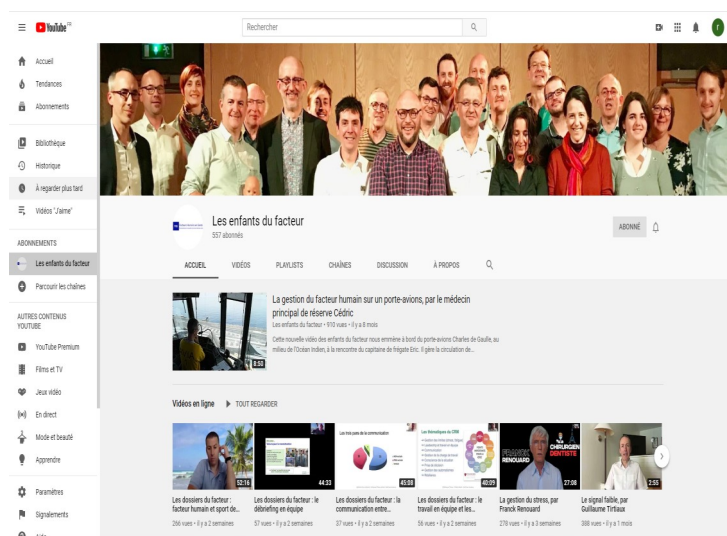
Formation facteurs organisationnels et humains
Les retours d'expériences
Les fiches Reflexe
Les fiches thématiques
Les analyses de scénarios cliniques
Le jeu « Anne-Lise Dékoz »
Le site internet et les réseaux sociaux



Le groupe « Facteurs humains en santé »



QUAND, QUI, QUOI, AVEC QUI



Un site internet, une chaine Youtube, un colloque annuel, des podcasts, les réseaux sociaux Twitter, Facebook et LinkedIn.