

# Introduction

R. Fuzier, F. Jaulin

## À qui s'adresse ce livre ?

Ce livre a été écrit à l'intention de tous les acteurs de santé, soignants (médicaux, paramédicaux), directions des établissements de santé, administration, étudiants, enseignants, toutes celles et ceux qui souhaitent améliorer la qualité – osons le mot « performance » – des soins et la sécurité des patients.

Nous encourageons sa lecture aussi bien dans le cadre de la formation initiale que dans le cadre de la formation continue.

Ce livre présente plusieurs particularités :

- il a été rédigé par un collectif pluriprofessionnel, composé d'experts et d'acteurs de terrain venus de plusieurs horizons,
- avec l'ambition d'être « opérationnel » et accessible à tous et toutes,
- avec l'objectif de porter de nouvelles valeurs en santé et dans l'enseignement de la médecine ou du management hospitalier, à savoir l'humilité et le travail en équipe.

Si à première vue les notions développées dans cet ouvrage peuvent sembler évidentes, vous constaterez en seconde lecture qu'il n'en est rien, en particulier lorsqu'il s'agit de les implémenter dans votre quotidien.

## Comment lire ce livre ?

Les chapitres sont indépendants ; le lecteur pourra tout aussi bien lire ce livre dans l'ordre proposé que dans un ordre aléatoire.

Les chapitres, dans la majorité des cas, sont structurés comme suit : une **histoire vécue** ; un retour d'expérience ; des **clés pour comprendre**, puis des **clés pour agir** permettant aux lecteurs de repartir après chaque lecture avec des outils qui se veulent le plus concrets possible.

Pour mieux appréhender les différentes notions de facteurs humains (FH), nous avons tenté de regrouper, sans prétendre à l'exhaustivité, ce qui nous semble indispensable pour mieux réussir dans le quotidien. Nous avons fait le choix de répartir les différents chapitres en cinq grandes parties :

**Partie I. Introduction et concepts généraux ;**

**Partie II. Outils de la prévention et de la récupération ;**

**Partie III. Apprendre et maintenir les compétences en FH ;**

**Partie IV. Organiser la fiabilité ;**

**Partie V. Après l'accident : outils de l'atténuation.**

La première partie, « Introduction et concepts généraux », vise à donner aux lecteurs soucieux de comprendre les cadres conceptuels.

Nous n'avons toutefois pas l'ambition de faire des lecteurs et lectrices de cet ouvrage des experts en qualité, gestion des risques ou théoricien des facteurs humains... mais seulement de donner les clés nécessaires pour répondre à l'urgence : celle d'améliorer le système de santé, dès que possible, et d'implémenter efficacement au quotidien ces concepts. Les histoires vécues dont une partie provient de la base de données *Patient Safety Database* sont là pour sensibiliser le lecteur sur le fait que ces notions gagnent à être connues pour garantir la sécurité des patients. Pour les lectrices et lecteurs désireux d'aller plus loin, des ouvrages comme *Piloter la sécurité* [1] en français, *Safer Healthcare* [2], *Safety at the Sharp End* [3] et bien d'autres – souvent en anglais – sont disponibles.

*Mieux vaut prévenir que guérir* est un adage qui se prête bien à l'accidentologie dont est en grande partie empreinte la démarche « facteurs humains ». Car c'est bien de cela que traitent les parties II à IV : prévenir, maintenir et organiser.

Au sein de ces parties, vous découvrirez plusieurs chapitres concernant des compétences non techniques. Là encore, certaines compétences comme la prise de décision ou la communication ont fait couler beaucoup d'encre et peuvent être approfondies par ailleurs. Notre enjeu est de rester « opérationnel » comme l'est par exemple le guide de phraséologie médicale *Mieux communiquer entre soignants : Un enjeu majeur de sécurité* écrit par Jérôme Cros [4].

De la même façon, il est prétentieux de considérer que vous connaîtrez le fonctionnement du cerveau après avoir lu ce livre. Là encore, de nombreux ouvrages existent, en particulier les ouvrages du prix Nobel d'économie Daniel Kahneman qui a étudié avec Amos Tversky le fonctionnement humain (systèmes 1 et 2) [5]. Notre objectif a été de vous donner les clés pour aller plus loin.

La partie V s'intéresse essentiellement aux outils à déployer après l'accident, sans aborder les aspects juridiques et assurantiels.

Tout au long du livre, vous trouverez de nombreuses références au monde aéronautique. N'y voyez pas une intention de transposer ce qui s'est développé en aéronautique au monde de la santé : ce sont des activités très différentes... et des cultures très différentes. L'une a à peine un siècle, l'autre a plusieurs millénaires. L'une a des accidents spectaculaires pour ne pas dire catastrophiques, qui ont l'avantage de poser des questions et d'apprendre. L'autre n'a ni les moyens d'entendre le cri de ses décès évitables, ni les moyens de toujours les voir et les mesurer. L'une dispose d'autorités régulatrices internationales, de réglementations strictes imposant des moyens et des seuils de sécurité pour maintenir l'activité, l'autre...

Nous pouvons toutefois tirer de nombreux enseignements des autres industries à risque. Certains outils peuvent être appropriés, transposés, adaptés. Des méthodes peuvent être employées... car après tout, ce dont nous parlons est universel : interactions humaines, fonctionnement humain et organisationnel.

Dans les années qui ont suivi la plus grande catastrophe aéronautique – Ténérife en 1977 – la place des facteurs organisationnels et humains n'a cessé de croître sur la base d'un constat simple : les compétences ne peuvent pas s'appuyer uniquement sur les connaissances, ni sur la technique. Elles doivent intégrer des éléments non techniques comme la communication, le leadership, la gestion des tâches, la conscience de la situation pour optimiser la prise de décision. Ces différents aspects, universels, sont présentés dans le présent ouvrage.

Les aborder pour la santé a du sens.

Le rapport *To err is human* en 1999 [6] aux États-Unis, l'étude de Makary [7] en 2016, les enquêtes ENEIS en France (2004, 2009, 2019) [8] et les nombreuses autres études réalisées laissent à penser que les décès évitables sont l'une des premières causes de mortalité dans le monde – en France, entre 160 000 et 375 000 événements indésirables graves par an au cours d'un séjour hospitalier dans un service de médecine ou de chirurgie, dont un tiers étaient évitables [8] – et que, malgré le silence assourdissant de ce phénomène, il y a urgence à agir.

Ce livre tente de répondre à cette urgence.

## Remerciements

Nous souhaitons remercier l'ensemble des experts et expertes (par ordre alphabétique) qui nous ont accompagnés pour répondre à ce défi que vous jugerez, nous l'espérons, réussi :

Philippe Agnes, Pierre Albaladejo, Ségolène Arzalier, Cédric Basquin, Thomas Bagnon, Cécile Bernard, Benjamin Bijok, Hervé Bisiau, Antonia Blanié, Rodolphe Bourret, Élodie Brunel, Marie-Josée Caballero, Philippe Cabon, Léa Casuso, Laurent Cervoni, Lucille Chauveau, Hélène Cornic, Véronique Delmas, Jérôme Cros, Mounia Djenidi Delfour, Caroline Duracher Gout, Nabil El Beki, Ève Fabre, Laurent Faivre, Sébastien Follet, Marlène Garric, Claire Georges, Cyril Goulenok, Florence Marie Jegou, Olivier Kontomichos, Fabien Lespinas, Alexandra Meyer-Robin, Ludovic Mieusset, Christian Morel, Thierry Morineau, Gilbert Mounier, Yen Lan Nguyen, Véronique Normier, Christopher Paglia, Stéphanie Pean, Édith Perreaut Pierre, Marie Pery, Éric Petiot, Julien Picard, Gilles Piriou, Fabien Ramon, Emmanuel Raggi, Franck Renouard, Nathalie Robinson, Anne Rocher, Yasmina Sami, Benjamin Terrasi, Alexandre Theissen, Seamus Thierry, Guillaume Tirtiaux, Claude Valot, David Verger, Renaud Vidal.

Nous remercions également les éditions Arnette pour leur confiance, en particulier Valérie Parroco, Maud Thévenin et Peggy Lemaire pour leur accompagnement durant cette aventure, car l'écriture de cet ouvrage collectif fut avant tout une aventure humaine.

Nous avons une pensée pour nos familles et nos amis qui nous soutiennent au quotidien dans notre engagement pour améliorer le système de santé et sans qui le livre n'aurait pas vu le jour.

Enfin, nous remercions l'honneur que nous ont fait Martin Bromiley – une source d'inspiration pour nombre d'entre nous – de préfacer ce livre, ainsi que David Gaba qui a été précurseur sur de nombreuses thématiques traitées dans ce livre. Nous remercions également Laetitia May, cheffe du service « Évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins » de la Haute autorité de santé, qui met à disposition de nombreuses références et ressources pour améliorer la sécurité des soins.

## Références

- [1] Amalberti R. *Piloter la sécurité. Théories et pratiques sur les compromis et les arbitrages nécessaires*. Paris : Lavoisier, 2012.
- [2] Amalbert R, Vincent C. *Safer healthcare: Strategies for the real world*. Springer Cham, 2016.
- [3] Flin R, O'Connor P, Crichton M. *Safety at the sharp end, a guide to non-technical skills*. CRC Press, 2008.
- [4] Cros J. *Mieux communiquer entre soignants : un enjeu majeur de sécurité – 26 règles pour bien se comprendre dans le soin – Guide de phraséologie médicale*. Paris : John Libbey, 2019.
- [5] Kahneman D. *Système 1 / Système 2 : Les deux vitesses de la pensée*. Flammarion, 2012.
- [6] Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To err is human: Building a safer health system*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC) : National Academies Press (US), 2000.
- [7] Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016 ; 353 : i2139.
- [8] ENEIS 2019 – Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé 2019. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/eneis\\_3\\_2019\\_.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/eneis_3_2019_.pdf).