

Publication

Sécurité des patients Suisse

N° 3



## A la fois auteur et victime

Gestion constructive des erreurs dans  
les établissements de santé

Recommandations pour les cadres,  
les collègues et les personnes concernées

PD Dr David Schwappach  
Dr Marc-Anton Hochreutener  
Dr Nicoletta von Laue  
Dr Olga Frank



sécurité des patients suisse



# A la fois auteur et victime

## Ce projet a été financé par ...



Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte  
Fédération des médecins suisses  
Federazione dei medici svizzeri  
Swiss Medical Association

... des contributions très généreuses de la Fédération des médecins suisses (FMH) au projet global

... des fonds généraux de la Fondation pour la Sécurité des Patients

... un don de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), destiné à l'impression du présent document

### **La Fondation pour la Sécurité des Patients ...**

- ... a été créée en décembre 2003, en tant qu'œuvre commune, par la Confédération, l'Académie Suisse des Sciences Médicales, les associations regroupant les professions de la santé (FMH, ASI, Association suisse des experts en soins infirmiers – PES, SSO, pharmaSuisse, GSASA, physioswiss), le canton du Tessin et l'Organisation Suisse des Patients
- ... s'est affirmée en tant que plate-forme nationale pour la promotion de la sécurité des patients
- ... encourage, coordonne et développe des activités, méthodes, projets et connaissances pratiques permettant d'améliorer la sécurité des patients et de réduire les erreurs dans le système de santé
- ... conduit des recherches et accompagne des activités scientifiques
- ... travaille en réseau et sous d'autres formes de coopération avec, entre autres, les organisations fondatrices, les prestataires de soins, les associations, les autorités, des experts, des bailleurs de fonds et les organisations de patients
- ... fonde ses activités sur un large soutien de tous ses partenaires

### **Organisations actuellement représentées dans le Conseil de fondation ...**

- ... Académie Suisse des Sciences Médicales – ASSM
- ... Office fédéral de la santé publique – OFSP
- ... Fédération des médecins suisses – FMH
- ... Association suisse des infirmières et infirmiers – ASI
- ... Société suisse des médecins-dentistes – SSO
- ... Société Suisse des Pharmaciens – pharmaSuisse
- ... Société suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux – GSASA
- ... Association suisse de physiothérapie – physioswiss
- ... Organisation suisse des patients – OSP
- ... Ente Ospedaliero Cantonale – EOC
- ... H+ – Les Hôpitaux de Suisse
- ... Fédération suisse des directrices et directeurs d'hôpitaux – FSDH
- ... Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica – fmCh
- ... Collège de médecine de premier recours – CMPR
- ... Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé – CDS
- ... Association pour les sciences infirmières – APSI

### **La Fondation est soutenue et financée par ...**

- ... ses organisations fondatrices (voir plus haut)
- ... les cantons suivants: Appenzell Rhodes-Extérieures, Appenzell Rhodes-Intérieures, Argovie, Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Berne, Fribourg, Genève, Grisons, Jura, Lucerne, Neuchâtel, Nidwald, Obwald, Schaffhouse, Schwyz, Soleure, St-Gall, Tessin, Uri, Vaud, Valais, Zoug, Zurich, Spital Thurgau AG
- ... des donateurs, des mécènes, des sponsors et des partenaires
- ... la vente de ses prestations et services
- ... la coopération avec des spécialistes engagés et des organisations partenaires en Suisse et à l'étranger

---

## Sommaire

<b>1</b>	<b>Remerciements</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Préface</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Introduction</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>Que doit-on savoir – Que doit-on faire?</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>L'importance des erreurs médicales pour les professionnels concernés – Une revue systématique</b>	<b>17</b>
<b>5.1</b>	<b>Considérations générales</b>	<b>17</b>
<b>5.2</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>18</b>
<b>5.3</b>	<b>Résultats</b>	<b>18</b>
5.3.1	Charge émotionnelle des médecins concernés	19
5.3.2	La gestion des erreurs: besoins et expériences	23
5.3.3	Interventions visant à améliorer la situation de la personne concernée	25
<b>5.4</b>	<b>Conclusions</b>	<b>31</b>
<b>5.5</b>	<b>Bibliographie</b>	<b>34</b>
<b>6</b>	<b>Concrétisation dans le contexte national</b>	<b>36</b>
<b>6.1</b>	<b>Expérience des professionnels en Suisse</b>	<b>36</b>
<b>7</b>	<b>Les erreurs médicales d'un point de vue socio-psychologique</b>	<b>42</b>
<b>7.1</b>	<b>L'erreur en tant que dysfonctionnement d'un processus</b>	<b>42</b>
<b>7.2</b>	<b>Réaction individuelle de coping chez l'auteur de l'erreur</b>	<b>43</b>
<b>7.3</b>	<b>Intervention à l'égard de l'auteur de l'erreur et mesures préventives</b>	<b>47</b>
7.3.1	Intervention sous forme d'offres d'entretien – «Dans les situations de crise, parler fait du bien»	47
7.3.2	Renforcement des facteurs préventifs dans le cadre du coping de l'auteur	49
<b>7.4</b>	<b>Réaction de coping de l'équipe</b>	<b>51</b>
<b>7.5</b>	<b>Interventions vis-à-vis de l'équipe et mesures préventives</b>	<b>53</b>
<b>7.6</b>	<b>Résumé des implications pour les supérieurs hiérarchiques</b>	<b>55</b>
<b>7.7</b>	<b>Bibliographie</b>	<b>57</b>
<b>8</b>	<b>Cadre conceptuel pour la gestion interne des erreurs</b>	<b>58</b>
<b>8.1</b>	<b>Modèle</b>	<b>58</b>
<b>8.2</b>	<b>Pertinence et adéquation de la réaction</b>	<b>59</b>
<b>8.3</b>	<b>Points d'ancrage</b>	<b>60</b>
<b>9</b>	<b>Instruments, offres et ressources</b>	<b>64</b>
<b>9.1</b>	<b>Instruments de la Fondation pour la Sécurité des Patients</b>	<b>64</b>
<b>9.2</b>	<b>Interlocuteurs possibles</b>	<b>65</b>
<b>9.3</b>	<b>Informations nationales et internationales – Offres</b>	<b>65</b>

Remarque: Les désignations masculines ou féminines spécifiques s'appliquent toujours aux personnes des deux sexes. Pour des raisons de clarté et de lisibilité, seule une forme sera utilisée.

Le texte comprend plusieurs anglicismes faisant partie de la terminologie spécialisée usuelle. Ils n'ont donc volontairement pas été traduits en français. Pour des raisons de lisibilité, ils ne sont pas mis en évidence par une graphie particulière, à de rares exceptions près.

## 1 Remerciements

Ce document a bénéficié de la collaboration de différents experts. Nous tenons à remercier toutes les personnes qui, par leur disposition à s’engager dans la réflexion et la discussion, ont apporté une précieuse contribution, en particulier les membres de la Présidence (Prof. Dieter Conen, Marianne Gandon, Dr Enea Martinelli), la directrice adjointe de la Fondation pour la Sécurité des Patients (Paula Bezzola), les responsables de la FMH (Martina Hersperger, Dr Daniel Herren), ainsi que les spécialistes et experts externes suivants: Till A. Boluarte, Gabriela Finkbeiner, Dr Max Giger, Dr Beat Kehrer, Domenic Schnoz, Dr Edgar Voltmer, Prof. Ulrich Zollinger.

---

## 2 Préface

C'est le scénario le plus redouté des patients: constater, en se réveillant de l'opération, que la jambe plâtrée n'est pas la bonne. Une erreur qui va engendrer la souffrance non seulement du patient, mais également – et il ne faudrait en aucun cas l'oublier – du médecin ou du personnel soignant qui devra en répondre. L'apparition d'une infection postopératoire, complication sur laquelle il n'a pas une maîtrise absolue, suffit souvent à préoccuper le médecin traitant pendant des semaines, le poursuivant parfois jusque dans ses rêves. Ceux qui se sont trouvés dans cette situation pourront en attester. Tout ceci montre donc combien il est essentiel d'éviter de tels incidents par une gestion professionnelle de la sécurité et illustre que, dans des situations aussi difficiles, il convient de penser non seulement au patient, mais également à la seconde victime – médecin traitant, soignant ou autre thérapeute.

En médecine, le travail de réflexion sur les erreurs est une démarche qui se déroule malheureusement encore trop souvent dans l'isolement et la solitude. Le fait que les erreurs puissent déclencher des crises personnelles sévères pouvant aller jusqu'à l'abandon de la profession, voire à des idées de suicide chez les médecins, les soignants ou les thérapeutes demeure un véritable tabou. C'est la raison pour laquelle le projet co-initié par la FMH et dirigé par la Fondation pour la Sécurité des Patients entend améliorer la culture de la sécurité dans les établissements et soutenir les collaborateurs des institutions de santé lorsque surviennent des incidents. Une culture de la communication ouverte et plus avancée doit offrir la possibilité de tirer des enseignements constructifs des erreurs et d'assister les personnes concernées – c'est-à-dire les patients, mais également le personnel soignant au sens large – dans la gestion de cette situation de crise. Un cadre d'action clairement structuré peut être une aide essentielle. Ce sont surtout les supérieurs hiérarchiques qui sont invités à se pencher sur ce sujet et à considérer l'accompagnement de ces personnes comme une mission importante relevant de leurs fonctions de direction. La sensibilisation doit intervenir aussitôt que possible. Les futurs médecins et soignants doivent être confrontés à ce problème dès leurs études et leur formation. Des cours organisés à tous les niveaux hiérarchiques doivent permettre d'éliminer les craintes inhérentes à l'analyse et au coping de l'incident médical et donner l'occasion d'en étudier les répercussions. Chacun peut tirer profit d'une telle gestion des erreurs. Les établissements au sein desquels les incidents sont gérés sur un mode professionnel à tous les niveaux bénéficient d'une amélioration d'ensemble de leur culture de la sécurité. Nous sommes convaincus que grâce à notre travail, l'accompagnement des «victimes» et des «auteurs» dans le cadre de tels événements indésirables peut considérablement progresser.

Prof. Dieter Conen, président de la Fondation pour la Sécurité des Patients

Dr Jacques de Haller, président de la FMH Fédération des médecins suisses

Dr Daniel Herren, membre du Comité central de la FMH, domaine Qualité

Marianne Gandon, experte en soins infirmiers, vice-présidente de la Fondation pour la Sécurité des Patients





---

### 3 Introduction

La Fondation pour la Sécurité des Patients (ci-après la Fondation) se consacre à des thématiques concrètes (hot spots) qui relèvent de la sécurité des patients. Son objectif est de recueillir des connaissances disponibles et de développer des instruments destinés à la résolution de problèmes spécifiques grâce à la recherche, à l'implication d'organismes de santé et d'experts, à l'acquisition de savoirs spécifiques et à ses propres travaux. La gestion des erreurs médicales est l'un des thèmes majeurs de la sécurité des patients. Comment se conduit-on, agit-on, réagit-on, communique-t-on après qu'une erreur a été commise? Il s'agit là d'un sujet aux multiples facettes. L'attitude adoptée à l'égard du patient et de ses proches, les «first victims» de l'erreur médicale, en est la toute première. Une attention particulière est d'ores et déjà accordée à cet aspect par la Fondation, qui offre du matériel et des formations enseignant aux professionnels à communiquer et à se comporter de manière adéquate avec les patients et leurs proches après une telle erreur. De la même manière, elle propose depuis longtemps des cours ainsi que des mesures de soutien pour l'analyse systémique des erreurs et incidents, ainsi que pour une réflexion critique axée sur les enseignements à tirer.

Avec la présente publication, le matériel et les offres y afférents, nous nous consacrons à présent à la gestion interne des *collaborateurs* impliqués dans une erreur.

Pour quelles raisons la gestion au sein de l'établissement et, en particulier, la gestion constructive des rapports avec les collaborateurs concernés sont-ils si importants lorsqu'une erreur a été commise? Les erreurs de traitement n'affectent pas uniquement les patients et leurs proches, elles ont également des répercussions sur les collaborateurs – notamment ceux qui ont été impliqués. C'est pourquoi on parle de «second victims», de secondes victimes. Les conséquences peuvent être graves. Elles vont de la déstabilisation passagère aux troubles psychiques et somatiques à long

terme (troubles végétatifs, insomnies, isolement, syndrome de burnout, déprime ou dépression, etc.) et ont une incidence sur la satisfaction professionnelle, la qualité de vie, l'exercice de l'activité clinique et la performance individuelle. La plupart du temps, la personne concernée ne peut pas maîtriser seule cette situation. Notons bien qu'il ne s'agit pas de cas isolés. Selon toute probabilité, tout individu se consacrant au traitement et à la prise en charge de patients y sera un jour ou l'autre confronté. Par ailleurs, toutes les catégories professionnelles sont touchées, qu'il s'agisse de médecins, d'infirmiers, de personnel d'assistance, de thérapeutes, de laborantins, de pharmaciens, de logisticiens, de collaborateurs techniques et d'autre personnel spécialisé. Des événements de ce type se produisent – en permanence – dans tous les établissements de santé.

Jusqu'à présent, le problème spécifique des secondes victimes n'était guère abordé ouvertement. Pourtant, son omniprésence est apparue de manière flagrante au cours de nos travaux, dans le contact direct avec les spécialistes du système de santé. A la fin d'exposés sur ce sujet, en marge de présentations de projets, dans des ateliers, des focus groups, des entretiens d'experts, etc., des personnes se confient régulièrement à nous. Parmi elles figurent des professionnels expérimentés qui nous dévoilent les erreurs qu'ils ont commises, qu'elles viennent juste de se produire ou qu'elles remontent à plusieurs années, voire plusieurs décennies. Le tourment qui perdure, le bouleversement que suscite son évocation, le besoin de raconter, de maîtriser le souvenir de l'événement, de replacer celui-ci dans le contexte organisationnel de l'époque et de la carrière ultérieure sont toujours perceptibles et accompagnés d'une forte émotion. De toute évidence, ce sont des événements qui s'inscrivent durablement dans les biographies personnelles.

Outre les personnes directement concernées, le personnel d'encadrement, l'équipe et l'institution dans son ensemble sont eux aussi touchés par cette souffrance. Les collaborateurs sont affectés non seulement sur un plan personnel, mais également dans leurs performances et la qualité de leur travail. Si les répercussions d'une implication dans un incident ne sont pas traitées de manière systématique et constructive, il peut se créer un cercle vicieux (erreur > dégradation de la performance > augmentation du risque d'erreur) qui est tragique au niveau individuel et peut aussi avoir une incidence stratégique au sein de l'éta-

blissement. Une gestion active, réfléchie et anticipée contribue à atténuer ou éviter ces conséquences.

Il apparaît donc clairement que les établissements et leur direction doivent veiller, pour de multiples raisons fondées, à ce que la gestion constructive du rapport avec les collaborateurs suite à un incident de traitement devienne un aspect central de la conduite du personnel et soit intégrée à la gestion clinique du risque. Il en va de la responsabilité à l'égard des collaborateurs (santé au travail et performance), des patients (qualité et sécurité de traitement), de l'établissement (culture de la sécurité, productivité) et de la société (efficacité du système de santé). Si l'on parvient à créer un climat dans lequel les incidents peuvent être thématiques et discutés de manière positive, où l'on peut parler des erreurs et où l'on ne ferme pas les yeux face aux conséquences pour les personnes impliquées, on aura alors amélioré la situation des collaborateurs, des patients et des établissements – et l'on aura apporté une contribution majeure à la culture de la sécurité.

Notre ambition a été de traiter ce sujet de manière approfondie et de développer des recommandations, des outils, des concepts de cours et des offres d'aide à l'intention des prestataires de soins. A cette fin, nous avons établi des fondements scientifiques, mené des travaux de recherche et en avons tiré des conclusions, des recommandations et des instruments de soutien.

Au cours de ce travail, nous avons constaté qu'il existe certes un certain nombre de travaux de recherche décrivant la situation des collaborateurs touchés – et, plus largement, ce problème –, mais qu'au niveau international, on ne trouve en revanche quasiment pas de concepts ni d'activités (modèles) documentés, établis et complets pour la transposition dans le quotidien clinique. En conséquence, il ne nous a pas seulement fallu mener nos propres recherches et compiler les connaissances déjà disponibles, mais également développer des idées et des approches de solutions. Nous sommes donc entrés en terre inconnue.

Cette publication constitue la pièce maîtresse de l'ensemble des outils que nous avons élaborés. Son but est d'éclairer une problématique dont toute description globale fait encore défaut et ce, de manière fondée et compréhensible sur un plan pratique. Elle contient les fondements scientifiques et psychologiques, les éléments conceptuels (modèle compris)

pour la maîtrise au sein des établissements, ainsi que des conseils. Notre objectif ne réside pas seulement dans la documentation du problème et des recommandations concrètes, mais également dans l'application dans la pratique clinique au quotidien. C'est la raison pour laquelle il existe, en plus de cette publication, une version abrégée (cf. encarts dans cette publication), du matériel et des offres de cours, des instruments et des liens avec d'autres prestataires de soutien.

Même si, à l'heure actuelle, nous sommes convaincus de ce que nous présentons, nous ne prétendons aucunement à l'exhaustivité de notre analyse. Ce sujet est d'une grande complexité et nous ne sommes qu'au début d'une évolution. Nous partons du principe que la mise en œuvre et les développements au sein de ce secteur, de même que les expériences qui, nous l'espérons, seront faites, apporteront de nouvelles connaissances et des compléments à cette analyse. Toutes les suggestions permettant de faire progresser nos recommandations, documents et offres sont donc les bienvenues.

#### Cette publication s'articule en trois parties.

Dans le chapitre suivant («Que doit-on savoir – Que doit-on faire?»), le lecteur aborde directement la problématique. Nous commençons donc par l'aspect le plus important. Cette partie contient l'essence même de la démarche pratique sous la forme de savoirs fondamentaux et de recommandations concrètes en termes de comportements, à destination des cadres, des collègues et des collaborateurs concernés. Ces recommandations sont une incitation au développement de concepts, comportements et procédures au sein des établissements et constituent par ailleurs une référence dans les situations aiguës. Avec elles, nous nous adressons délibérément aux individus dans leur rôle de collaborateurs qui agissent, communiquent, adoptent certains types de conduite, dirigent, sont concernés ou impliqués en tant que collègues. En définitive, l'objectif est toutefois d'ancrer systématiquement des structures, des procédures, des règles, des usages de communication et des modes de comportement dans les établissements. Pour réussir, cette stratégie présuppose que les *supérieurs hiérarchiques* et les collaborateurs soient tout d'abord «touchés» *individuellement*.

Les recommandations sont le résultat de vastes travaux préliminaires que l'on retrouvera dans les chapitres



tres suivants, accompagnés par des fondements scientifiques empiriques, psychologiques et conceptuels, des informations, ainsi que des propositions complémentaires, des réflexions issues des études consultées et de la littérature y relative. Les chapitres scientifiques permettent de saisir l'évidence des recommandations et de comprendre les aspects théoriques dans l'optique de la concrétisation des mesures.

Nous vous conseillons de lire cette publication comme suit. Commencez par le chapitre «Que doit-on savoir – Que doit-on faire?». Lisez ensuite les fondements scientifiques, psychologiques et conceptuels, puis relisez encore une fois le premier chapitre. Vous obtiendrez ainsi un effet d'apprentissage optimal, ainsi qu'une interaction efficace entre savoirs pratiques, fondements théoriques et nouvel examen d'orientation pratique. Les principaux messages pour la mise en œuvre (au niveau des démarches et des comportements) sont joints à ce document dans un format d'usage aisé. Vous pouvez détacher ces annexes et les utiliser séparément – au quotidien, en voyage, comme aide à la mémorisation – ou les transmettre à d'autres personnes.

En traitant le présent sujet, nous avons bien conscience d'aborder une problématique qui était largement taboue il y a encore quelques années. Fort heureusement, depuis un certain temps, les erreurs commises dans les soins de santé sont débattues plus ouvertement, sur un mode plus différencié et sans préjugés. Ce processus d'ouverture va (devoir) aller en progressant. Nous pensons donc que dans de nombreux établissements, les conditions requises pour aborder cette thématique et mettre en œuvre ces recommandations sont aujourd'hui réunies ou vont l'être incessamment.

Si cette démarche aboutit, le présent document, les offres qui l'accompagnent, ainsi que les personnes et institutions qui en intègrent les contenus, auront contribué de manière significative à atténuer les répercussions des erreurs de traitement et à promouvoir la sécurité des patients.

## *Voici ce que j'ai vécu ...*

*L'erreur la plus grave que j'aie commise remonte à près de 5 ans. Mais j'ai l'impression que ça s'est passé hier. C'était un vendredi après-midi. Nous avions plusieurs urgences à traiter, c'était le stress. J'étais épuisé et, en même temps, en état d'excitation. J'attendais le week-end avec impatience. Aujourd'hui encore, je ne sais pas comment ni pourquoi cela s'est produit. Non seulement je me suis trompé de médicament (adrénaline), mais je l'ai totalement surdosé, à savoir dix fois trop. Le patient a subi un choc et pendant que nous tentions de contrôler la situation, j'ai pris conscience que c'était de ma faute. Ce sentiment s'est répandu comme une brûlure en moi. J'avais chaud, froid, la sensation d'un vertige. Et je n'arrêtais pas de penser: «**Ce n'est pas possible, ça ne peut pas être possible, ce n'est pas possible!**» Mais ça l'était. Ma conscience était sous le feu de ces pensées que rien ne pouvait éteindre. Je me suis retrouvé dans un état de panique absolue, je ne pouvais plus penser clairement, plus agir ni parler. Le chef m'a fait sortir. Plus tard, lorsque nous avons eu l'assurance que le patient survivrait, il a seulement dit: «**Eh bien cette fois, vous avez eu de la chance**». Nous n'en n'avons plus jamais reparlé. Le soir, je suis rentré chez moi. Le week-end s'est passé comme au ralenti. J'étais totalement déstabilisé et je ne savais quoi faire. Une colère incroyable s'est emparée de moi. Comment une telle erreur avait-elle pu m'arriver? Comme à un débutant qui ne sait pas ce qu'il doit faire. Comment pourrais-je jamais retrouver la confiance dans ce que je faisais? Qui étais-je donc pour mettre ainsi la vie d'un patient en danger?*

*Le lundi matin, en allant à la clinique, la panique est revenue. J'étais submergé par la honte et voyais de l'animosité derrière chaque regard, derrière chaque mot. Bien sûr, tout le monde savait ce qui s'était passé. Mais personne n'en a vraiment parlé avec moi. Certains m'ont tapé sur l'épaule en me disant «**Ne t'en fais pas, ce sont des choses qui arrivent**», «**Tu ne l'as pas fait exprès**» ou encore «**Ne te rends pas malade**». Et chacun est retourné à l'ordre du jour. Mais moi, pendant longtemps, je n'ai pas pu. Dans les réunions et les discussions, je me sentais isolé comme si une vitre m'avait séparé de mes collègues. Il y avait les bons médecins d'un côté et moi, de l'autre. Depuis, la nuit, je ne cesse de me relever et de me demander «**Mais comment une telle erreur a-t-elle pu se produire? Pourquoi étais-je aussi déconcentré? Pourquoi n'y a-t-il pas eu un mécanisme d'alerte intérieur pour m'avertir que je faisais quelque chose de travers? Comment être sûr que cela ne se reproduira pas encore une fois?**». Aujourd'hui encore, je n'ai pas de réponses.*

*Plus tard, j'ai parlé avec des amis et un collègue d'un autre hôpital. Cela m'a fait du bien. C'était important pour moi. Tout doucement, la plaie a cicatrisé. Cela a duré longtemps mais aujourd'hui, j'ai de nouveau du plaisir à faire mon travail. J'ai retrouvé de l'assurance, je n'analyse plus chacun de mes actes. Parfois, je me mets à douter de moi, à me demander si je suis vraiment fait pour ce métier. Lorsque je rencontre mon ancien chef, j'ai encore la sensation d'être pris sur le fait, j'ai honte. Je n'arrive pas à le regarder en face. Sans doute a-t-il oublié mon erreur depuis longtemps. Moi, je ne l'oublierai jamais.*

---

## 4 Que doit-on savoir – Que doit-on faire?

Les pages suivantes présentent, sous une forme résumée, les principaux aspects et options en matière de comportements et de démarches pratiques dans le cadre de la gestion des erreurs dans les institutions de santé. Ils ont été établis à l'intention des différents groupes de collaborateurs, cadres, collègues et personnes directement impliqués dans l'incident. Une distinction y est faite entre les recommandations de principe et la situation concrète après un incident, mais également entre «savoir» et «agir». Il va de soi qu'il n'est pas possible d'examiner dans le détail toutes les situations spécifiques. Les options, en termes de démarches pratiques, ne sont sans doute pas toutes pertinentes de la même manière dans l'ensemble des institutions, mais en fonction des conditions et de facteurs d'environnement tels que la culture interne ou la taille de l'établissement, entre autres. Il conviendra donc de prendre en compte les dimensions d'adéquation présentées au chapitre 8.2. Les recommandations suivantes entendent constituer une base et une aide pour le développement individuel de comportements spécifiques, d'attitudes, de structures et de processus, que cela soit au niveau personnel ou au niveau de l'institution.

## Supérieurs hiérarchiques Que doit-on SAVOIR?

### Généralités

- **Considérer l'erreur comme une urgence:** une erreur médicale ou un incident de traitement doit être considéré comme une urgence clinique. Il fait plusieurs victimes: le patient concerné et ses proches, les collaborateurs impliqués, l'équipe et l'établissement dans son ensemble. Tout comme pour une urgence médicale, une procédure réfléchie et structurée est déterminante pour l'issue et pour «sauver» la situation.
- **Conséquences:** une erreur médicale ou un incident de traitement peut avoir des conséquences graves à long terme pour les collaborateurs concernés. Ces répercussions, d'ordre psychique et somatique, affectent la performance, la satisfaction au travail et la qualité de vie. De ce fait, on parle de «second victim» (par opposition au patient, la «first victim»). Une gestion adéquate peut et doit permettre de réduire ou d'éviter ces conséquences.
- **Inévitabilité:** vous pouvez partir du principe qu'il existe une probabilité élevée pour qu'au cours de votre carrière, il se produise un jour, au sein de votre équipe, une erreur grave qui affectera durablement les collaborateurs impliqués.
- **Crise:** un événement de ce type peut déclencher une situation de crise pour les supérieurs hiérarchiques également et faire naître le sentiment d'être dépassé par la situation.
- **Confiance:** une relation de confiance entre les supérieurs hiérarchiques et les collaborateurs constitue une condition essentielle pour une gestion constructive des erreurs au sein d'une équipe.
- **Interprofessionnalisme:** des erreurs peuvent également survenir dans des équipes interprofessionnelles. Même si une catégorie est prioritairement touchée, l'incident peut également avoir un impact direct ou indirect sur d'autres professions représentées au sein de l'équipe ou de l'établissement.
- **Direction:** dans de telles situations, un encadrement actif, clair et empathique de la part des supé-

rieurs hiérarchiques joue un rôle décisif pour la maîtrise constructive, tant pour les personnes impliquées que pour l'établissement dans son ensemble.

- **Préparation:** il est donc très important pour les supérieurs hiérarchiques de se préparer pendant les périodes de calme afin qu'ils ne soient pas dépassés par les événements dans les situations critiques ou de devoir improviser.
- **Apprentissage:** la gestion des erreurs et des collaborateurs concernés n'est pas une démarche banale. Elle peut et doit être apprise.
- **Communication:** au sein d'une équipe, la communication tant informelle que formelle sur les erreurs est capitale. Des événements et des espaces officiels servent souvent de points de départ à des échanges entre collaborateurs.
- **Offres de soutien:** soyez informé des offres éventuelles de soutien proposées à l'intérieur ou à l'extérieur de votre établissement.

### Situation aiguë après une erreur commise au sein de l'équipe

- **Comportement:** sachez que votre attitude a un impact décisif sur le fait que votre collaborateur sera ou non en mesure de gérer l'incident de manière constructive.
- **Emotion:** les collaborateurs concernés se trouvent dans une situation d'exception sur le plan émotionnel – une composante souvent sous-estimée, étouffée par des considérations rationnelles, ou tout simplement ignorée. Ils ont donc besoin d'un soutien non seulement technique et professionnel, mais également émotionnel.
- **La parole:** le fait de pouvoir parler avec des collègues («pairs») et des supérieurs hiérarchiques est, pour le collaborateur concerné, la démarche la plus importante qui soit pour éviter qu'un stress durable et lourd ne pèse sur lui.



## Que doit-on FAIRE?

### Généralités

#### Etre préparé sur le plan structurel

- **«Préstructuration» personnelle:** dans une situation difficile, attendez-vous à être vous aussi affecté sur le plan émotionnel. Préparez-vous donc à l'événement qui est susceptible de se produire.
- **Concept de crise:** développez, pour votre établissement, un concept intégrant les éléments suivants: structures, procédures, responsabilités, prestations de soutien internes et externes, règles. Etablissez une check-list pour la gestion interne de la situation après une erreur («Quelles sont les tâches à assumer, par qui, comment et quand?»). Appliquez les éléments de votre concept et informez-en les collaborateurs concernés dans un moment de calme. Votre établissement, vos collaborateurs et vous-même serez ainsi bien armés, précisément pour les moments où vous pouvez vous-même être impliqué émotionnellement.
- **Structures du quotidien:** utilisez ou créez des structures offrant un espace aux collaborateurs pour une réflexion constructive, ainsi que pour des échanges actifs et réguliers sur les erreurs et incidents dans le cadre du quotidien. Cette démarche doit être intégrée le plus étroitement possible dans l'activité clinique normale. Les revues de morbidité-mortalité (RMM) et les discussions de cas peuvent être par exemple envisagées. Mais d'autres espaces peuvent être utilisés à cette fin (séances explicites de réflexion sur les erreurs ou débriefings, par exemple).

#### Créer un fondement pour la culture

- **Sensibilisation:** au sein de votre équipe, attirez l'attention sur le fait que de telles situations se produiront un jour et que votre objectif est qu'elles soient alors gérées dans un esprit de soutien constructif.
- **Modèle:** soyez conscient du fait que vous êtes un modèle pour vos collaborateurs. Il est bon que vous puissiez parler ouvertement de vos propres erreurs. Partagez votre expérience avec eux, faites-leur part

de ce que vous avez ressenti dans des situations analogues.

- **Position claire:** ne permettez pas d'attitudes négatives face aux erreurs dans votre équipe. Proscrivez ouvertement tout signe de mobbing ou de pratique du bouc émissaire. Montrez clairement que vous n'acceptez pas de tels comportements.
- **La culture de la sécurité dans la pratique:** veillez à développer la culture de la sécurité dans votre domaine de compétence, grâce notamment à des systèmes de déclaration, au travail d'équipe, à la collaboration interprofessionnelle.

#### Promouvoir la formation

- **Développement des compétences:** veillez à renforcer les compétences sociales et communicatives de votre équipe, par exemple en proposant des offres de perfectionnement ou des cours.
- **Echanges d'expérience:** veillez à échanger avec vos collègues cadres afin que chacun puisse profiter de l'expérience des autres.
- **Cours:** participez à une formation pour cadres ou à un coaching sur ce thème spécifique pour vous qualifier ou développer vos compétences.

#### Situation aiguë après une erreur commise au sein de l'équipe

##### Attention et esprit constructif

- **Faire preuve d'ouverture:** ne soyez pas seulement à l'écoute de vos collaborateurs, ayez également les yeux grand ouverts. Vous pourrez éventuellement détecter des modifications de comportement ou des détresses émotionnelles attribuables à une erreur.
- **Eviter tout état d'esprit destructeur:** si vous constatez que vos collaborateurs portent des accusations ou des jugements, ou cherchent à exclure un collègue, faites clairement savoir que vous n'acceptez pas de telles conduites au sein de votre équipe. Assurez-vous que toutes les offres et réactions de votre part (entretiens, réflexion critique sur les décisions, mise en disponibilité, travail d'analyse de l'erreur, etc.; cf. ci-après) ne sont pas perçues par le collaborateur impli-

qué comme des sanctions – qui auraient un impact destructeur –, mais comme un soutien.

- **Créer des espaces de temps:** il s'agit d'une situation de la plus haute gravité sur le plan psychologique et clinique. Tout comme pour une situation d'urgence médicale, des espaces de temps doivent être explicitement accordés pour la maîtrise du problème. C'est un aspect essentiel qui relève de la responsabilité des supérieurs hiérarchiques.
- **Interprofessionnalisme:** examinez si l'événement et ses répercussions affectent uniquement votre catégorie professionnelle ou s'ils en touchent également d'autres, voire l'environnement. L'incidence sur d'autres catégories professionnelles est un phénomène fréquent, mais souvent ignoré. Dans ce cas, intégrez-les dans vos réactions.

### Emotions et besoins

- **Emotions:** attendez-vous à ce que votre collaborateur présente des réactions émotionnelles désagréables ou intenses. Essayez d'autoriser l'expression de ces émotions et de ne pas les nier. Évitez toute rationalisation.
- **Besoins de la personne concernée:** au cours des entretiens, prenez en compte les besoins fondamentaux du collaborateur. Normalement, il s'agira de confirmer sa compétence professionnelle, d'examiner et de clarifier le processus de décision (clinique) en amont de l'erreur, de renforcer l'estime de soi, de confirmer la normalité de ses réactions émotionnelles et de prendre au sérieux cette composante.

### Entretiens

- **Discussions:** proposez au collaborateur de parler de l'événement avec lui et renouvelez cette proposition plusieurs fois. Préparez-vous à ces entretiens.
- **Langage:** ne cherchez pas, par votre manière de vous exprimer, à fuir le problème ou à embellir la situation. Utilisez un langage empathique, mais clair et sans équivoque.

### Offres

- **Soutien:** des mesures internes et externes de soutien à votre collaborateur et dites clairement qu'il n'y a aucune honte à solliciter de telles aides.
- **Soutien dans le travail clinique:** si le collaborateur doute de ses compétences dans la phase aiguë ou post-aiguë, proposez-lui de le soutenir dans la prise de décisions cliniques difficiles en les examinant avec lui ou les appuyant. L'objectif doit être de lui redonner une perception équilibrée – critique, mais assu-

rée – de ses compétences et de lui faire retrouver sa productivité.

- **Entretiens avec le patient/les proches:** concernant les contenus, la forme et les responsabilités dans ce domaine, nous renvoyons à nos outils et offres de cours spécifiques. Un point particulier mérite toute votre attention: veillez, pour la divulgation de l'erreur, à prendre une décision réfléchie quant à la personne qui assurera cette communication, à la teneur de cette dernière et au mode sur lequel elle aura lieu. La participation du collaborateur impliqué dans l'erreur peut être avisée et devra être envisagée. Dans ce cas, proposez-lui le cas échéant de l'accompagner et de le soutenir dans cet entretien avec le patient. Lorsque la révélation de l'erreur se déroule mal, la situation émotionnelle du collaborateur peut encore se dégrader.
- **Mise en disponibilité:** examinez si la mise en disponibilité du collaborateur peut représenter une aide temporaire.

### Suivi du collaborateur

- **Maintien du contact:** en tant que chef, vous demeurez important pour le collaborateur. Restez en contact avec lui, même s'il fait appel à des aides extérieures. S'il n'accepte pas vos propositions, examinez attentivement et avec sensibilité si un entretien n'est réellement pas nécessaire, s'il s'isole, refuse sa responsabilité (effective) ou si la honte l'empêche d'accepter les offres de soutien. Gardez un œil sur lui et informez-vous le cas échéant auprès de ses collègues de son état d'esprit.
- **Suivi:** pensez au suivi du collaborateur. A moyen ou à long terme, cherchez à nouveau à vous entretenir avec lui pour exclure toute apparition de troubles chroniques (insomnies, burnout, dépression).

### Réflexion centrée sur les enseignements à tirer

- **Analyse de l'erreur et enseignements:** veillez à ce qu'une analyse et un travail de réflexion approfondi concernant l'incident aient lieu au sein de l'équipe. Quels facteurs et quels processus ont conduit à l'erreur, quelles barrières de sécurité n'ont pas fonctionné et pourquoi? Quelles mesures permettraient d'éviter que l'erreur se reproduise? Mettez l'incident à profit pour en tirer des enseignements avec votre équipe.
- **Interprofessionnalisme:** lors de l'examen de l'erreur, adoptez une démarche interprofessionnelle. Cherchez-vous des alliés dans d'autres catégories professionnelles et veillez, lors de l'analyse, à prendre en compte également les incidences indirectes sur ces dernières.





## Collegues Que doit-on SAVOIR?

- **Crise et émotion:** lorsqu'une erreur se produit au sein d'une équipe, elle constitue une situation d'exception pour chacun de ses membres. Des réactions émotionnelles violentes et désagréables peuvent se produire.
- **En tant que collègue, vous avez aussi un rôle à assumer!** Le soutien apporté au collaborateur concerné par les supérieurs hiérarchiques ne sert pas à grand-chose si tous ses collègues ignorent la situation.
- **Savoir prendre et donner:** ayez conscience du fait que vous pouvez, vous aussi, vous retrouver un jour dans une situation analogue. Si vous souhaitez alors bénéficier du soutien de vos collègues, vous devriez leur apporter le vôtre.
- **Interprofessionnalisme:** des erreurs peuvent également survenir dans des équipes interprofessionnelles. Le respect dans les relations avec des collègues appartenant à d'autres catégories professionnelles est lui aussi important.
- **Entretien la confiance:** faites preuve d'attention – même en l'absence de situation exceptionnelle – dans vos contacts avec vos collègues. Par votre attitude relationnelle au quotidien, vous influez sur la culture et l'atmosphère au sein de votre équipe. Évitez toute médisance, tout mobbing, toute accusation et tout dénigrement. Si de tels comportements dominent déjà les relations, soutien, confiance et collégialité ne peuvent que s'avérer impossibles dans les périodes de crise.
- **Parler:** parler avec des collègues («pairs») et les supérieurs hiérarchiques est la démarche la plus importante qui soit pour éviter qu'un stress lourd et durable ne pèse sur le collaborateur concerné.
- **Inhibitions:** prenez conscience de vos inhibitions dans les conversations et essayez activement de les surmonter.

## Que doit-on FAIRE?

- **Offres actives:** soyez ouvert à l'échange et montrez à votre collègue que vous êtes prêt à lui consacrer le temps nécessaire. Proposez-lui une conversation franche et confiante.
- **Rationnel et émotion:** lorsque vous êtes en contact avec votre collègue, prenez ses émotions au sérieux. Ne minimisez pas l'importance de ses réactions, ne l'incitez pas à occulter. Dans le coping de l'erreur, les deux aspects suivants sont importants: l'analyse rationnelle et l'échange émotionnel. Participez-y de manière active et essayez d'accorder un espace à ces deux éléments au sein de l'équipe et de les prendre en considération. Évitez toute rationalisation de l'incident.
- **Soutien:** attirez l'attention du collègue sur les organismes internes et externes en mesure de l'aider.
- **Refus de toute accusation:** si vous constatez des accusations ouvertes ou masquées, du mobbing ou une stigmatisation au sein de l'équipe, n'y participez pas. Dans la mesure du possible, essayez d'attirer l'attention de vos collègues sur le fait que leur comportement n'est pas adéquat.
- **Attention:** soyez très attentif pour déceler à temps tout phénomène d'isolement ou de repli sur lui-même de votre collègue.
- **Soutien professionnel:** après une erreur, il peut arriver que le collègue impliqué cherche une confirmation de ses décisions professionnelles auprès de vous, qu'il vous demande votre opinion ou votre aide. Ce peut être l'expression d'une déstabilisation. Dans la mesure où vous le pouvez, apportez-lui votre soutien en examinant et évaluant avec lui les situations difficiles. En règle générale, les personnes concernées retrouvent assez rapidement une perception réaliste de leurs capacités.
- **Cours:** si des cours visant à développer les compétences sociales et les compétences de communication sont proposés sur votre lieu de travail – n'hésitez pas à y participer.



## Personnes Concernées Que doit-on SAVOIR?

- **Sensibilisation:** tout professionnel peut commettre une erreur. Le poids de la situation peut être tel que vous ayez besoin de soutien pour la gérer. Et cela aussi peut arriver à tout professionnel.
- **Réaction normale à une situation anormale:** honte, sentiment de culpabilité et d'impuissance, déstabilisation et doute de soi, insomnies sont autant de réactions normales à une situation d'exception. Lorsque vous commettez une erreur et que cet événement vous fait souffrir ou qu'une détresse émotionnelle vous submerge, cela ne signifie pas du tout que vous êtes un médecin ou un infirmier incompétent ou inapte.
- **Analyse:** la gestion active de l'incident peut vous protéger d'un stress durable.

## Que doit-on FAIRE?

- **Exprimer ses émotions:** essayez de ne pas occulter ou minimiser l'incident. Ne vous repliez pas sur vous-même. Laissez vos réactions émotionnelles s'exprimer.
- **Se faire aider – une démarche professionnelle:** faites-vous aider, que ce soit par des collègues ou des supérieurs hiérarchiques. Si vous n'avez pas confiance en eux, cherchez une autre personne dans votre environnement ou une aide professionnelle. Savoir qu'on a besoin de soutien – et y avoir recours – témoigne d'une capacité à s'auto-évaluer correctement et donc de professionnalisme.
- **Parler:** parlez avec vos collègues et/ou vos supérieurs hiérarchiques. Recherchez les échanges – c'est une démarche qui vous libérera et réduira le risque de conséquences graves telles que le burnout ou la dépression.
- **Participer au travail d'analyse et de réflexion:** il est bon qu'une réflexion centrée sur l'analyse de l'erreur ait lieu avec les collègues, au sein de l'équipe ou avec d'autres personnes impliquées. Essayez d'y

participer, car c'est probablement vous qui en savez le plus sur l'incident. Contribuer à tirer des enseignements de cette erreur peut vous apporter un soulagement.

- **Apprendre:** essayez, avec d'autres spécialistes et avec vos supérieurs, de comprendre les processus et les décisions qui ont conduit à l'erreur. Cela vous permettra d'identifier si vous avez réagi ou pris une décision de manière erronée ou inappropriée, et à quel moment. Si vous êtes totalement déstabilisé par l'incident et que vous doutiez de ce fait de vos compétences professionnelles, recherchez temporairement confirmation ou soutien pour vos décisions cliniques. Demandez une évaluation ou une seconde opinion à vos collègues ou supérieurs hiérarchiques. Vous pourrez ainsi reprendre confiance en votre qualité de professionnel.
- **S'entretenir avec le patient:** lorsqu'une erreur est commise, il est essentiel que les patients et les proches concernés soient mis au courant. Si possible, participez à cet entretien. Mais ne le faites pas seul ou en l'absence de coordination. Demandez un soutien et préparez-vous. N'abordez pas l'entretien dans l'espoir que le patient vous déliera de votre responsabilité ou vous «pardonna». Cela peut se produire et vous ôter une partie de votre charge émotionnelle, mais vous ne pouvez pas obligatoirement attendre cette réaction de sa part. Toutefois, de tels entretiens sont l'occasion ou le point de départ pour rétablir ou tout au moins améliorer le rapport de confiance. Attendez-vous cependant à de fortes réactions émotionnelles de la part du patient.

---

## 5 L'importance des erreurs médicales pour les professionnels concernés – Une revue systématique<sup>1</sup>

### 5.1 Considérations générales

**Les erreurs médicales sont une réalité incontournable dans le système de santé.** Des études internationales documentent le fait que l'incidence des événements indésirables («adverse events») est comprise entre 3 et 16% du total des hospitalisations (2;3). Pour le système de santé canadien, cela signifie que chaque année, des événements indésirables se produisent dans 185 000 cas d'hospitalisation et que 70 000 d'entre eux sont évitables (4). En médecine intensive, on estime même qu'une dose de médicament administrée sur cinq fait l'objet d'une erreur potentiellement dommageable, pouvant en principe être évitée (5). Par ailleurs, chez un pourcentage considérable de patients (environ 25% de tous les patients sortants), des effets indésirables surviennent après la sortie des soins stationnaires (6). Concernant les soins de santé dispensés dans les cabinets, les données épidémiologiques disponibles sont plus limitées, mais on estime que des incidents se produisent fréquemment, voire plus fréquemment (7). L'impact des incidents sur la santé et le psychisme des patients concernés a été davantage étudié ces dernières années. De plus, on dispose désormais de données internationales fiables sur la fréquence, les causes, les conséquences financières et sanitaires des erreurs médicales. De même, il existe davantage d'évaluations de l'efficacité des mesures destinées à réduire la probabilité des erreurs et des incidents indésirables, comme par exemple les systèmes de prescription informatisés ou la gestion des risques (8–10).

**Jusqu'à présent, on n'a encore accordé que fort peu d'importance à l'analyse des répercussions des erreurs sur les collaborateurs concernés.** Bien que des rapports anecdotiques sur l'impact, chez les professionnels, de l'implication dans une erreur existent depuis de nombreuses années déjà, les collaborateurs

du système de santé ont, par le passé, figuré essentiellement dans le rôle du responsable, donc d'«auteur de l'erreur» dans le cadre des discussions scientifiques et des débats de politique sanitaire sur la sécurité des patients. Le stress professionnel – notamment les horaires de travail – y est envisagé comme cause potentielle des incidents indésirables et des erreurs. Ces dernières années, le fait que l'implication dans une erreur pouvait avoir des répercussions sérieuses sur la santé, le psychisme et la situation professionnelle des collaborateurs impliqués a été démontré.

**Les professionnels de la santé sont souvent pris dans un «conglomérat» – souvent contradictoire – de valeurs personnelles, d'éthique corporative, de culture et de conditions institutionnelles** qui favorise la déstabilisation et l'individualisation (11). A cela vient s'ajouter la conscientisation de la question de la sécurité du patient qui confronte le personnel à de nouvelles exigences complexes – communication ouverte avec les patients et les proches, pensée systémique, apprentissage organisationnel et développement de la culture. Pour pouvoir y répondre, les collaborateurs impliqués dans une erreur doivent être soutenus par les institutions et les établissements dans leur gestion de l'incident. La question qui se pose est de savoir quelles conditions structurelles et quelles mesures concrètes les institutions peuvent proposer pour réagir de manière appropriée aux incidents, soutenir les collaborateurs concernés et promouvoir une gestion constructive des erreurs.

L'objectif de la présente étude bibliographique était d'analyser et de résumer les informations disponibles à l'échelle internationale sur le stress exercé par les «erreurs médicales» sur les professionnels, ainsi que celles disponibles sur les mesures effectives, les structures et processus de gestion interne des incidents et des «presque accidents». Il convenait, sur cette base, d'identifier le stress que les incidents sont susceptibles de générer, ainsi que les réactions, mesures et structures internes qui sont particulièrement propices à le réduire. Le travail est axé en priorité sur les médecins, la plupart des résultats disponibles étant issus de cette catégorie professionnelle. Les conclusions sont sans

---

<sup>1</sup> Des extraits de ce travail ont déjà été publiés (1): Schwappach D., Boluarte T. The emotional impact of medical error involvement on physicians: A call for leadership and organizational accountability. Swiss Med Weekly 2008 Oct 24;139(10):9-15.

nul doute applicables, tout au moins pour une part, à d'autres catégories, en particulier au personnel infirmier.

## 5.2 Méthodologie

Une méthode de recherche précise et un protocole de questionnement ont été définis en vue de l'analyse bibliographique systématique. La stratégie de recherche reposait sur des textes libres et des descripteurs du MeSH faisant référence aux erreurs médicales ou aux incidents indésirables, ainsi qu'aux répercussions sur le personnel. Etant donné que l'usage et l'indexation de termes issus du domaine de la sécurité des patients sont encore relativement peu systématiques, manquent souvent de cohérence ou sont incorrects, nous avons décidé de définir une stratégie présentant une haute sensibilité, mais une faible spécificité.

Des articles pertinents ont été recherchés dans les bases de données Medline et CINAHL. Cette démarche a été effectuée en octobre 2007. Dans notre travail de synthèse, nous avons intégré des études répondant à la sélection thématique, de même que

- des travaux empiriques avec des données primaires ou des reviews (pas d'éditoriaux, de résumés, d'études méthodologiques, etc.)
- des articles de journaux spécialisés, la «littérature grise» et les autres formats de publication étant par conséquent exclus
- les publications en langue allemande, française ou anglaise
- les publications parues entre 1980 et 2007

Toutes les références recueillies ont été importées dans une base de données (Reference Manager V11). Leur adéquation et le respect des critères d'intégration ont été contrôlés dans un premier temps au moyen des données biographiques et des résumés, ce qui a permis la poursuite de la sélection. Les publications restantes ont été reçues en texte intégral. Après une

évaluation critique des contenus, les études retenues ont été soumises à une analyse intensive. Elles ont été classées selon deux systèmes, en fonction des contenus et de critères formels. Le système de classification en fonction des contenus se rapporte à l'objet de l'étude et s'articule en trois groupes: a) «stress émotionnel des personnes concernées», b) «gestion des incidents» et c) «interventions ayant vocation d'améliorer la situation des personnes concernées». Le système de classification selon des critères formels se rapporte à la conception de l'étude et fait la distinction entre a) «étude quantitative primaire», b) «étude qualitative primaire» et c) «review». Après examen des textes intégraux, les références de ces études ont été analysées manuellement dans le but d'identifier d'autres études qui n'auraient pas encore été saisies.

## 5.3 Résultats

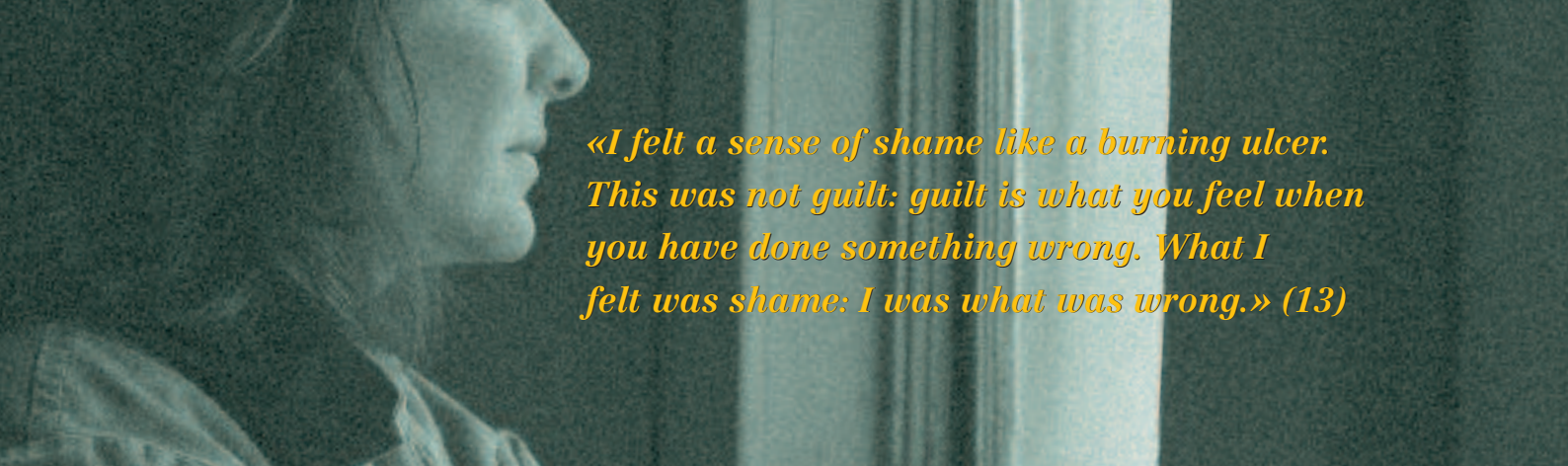
La recherche bibliographique systématique a permis de relever 3852 articles potentiellement pertinents, dont la majeure partie a été exclue pour des raisons de critères formels (doubles publications, résumés, lettres, etc.). Après une nouvelle évaluation critique des contenus, 48 articles ont été finalement sélectionnés en vue d'une analyse du texte intégral. En définitive, 32 publications ont répondu à tous les critères et ont été retenues.

Parmi ces études, 13 portaient en priorité sur l'évaluation de la charge émotionnelle des personnes touchées par des erreurs médicales, 12 étaient en premier lieu consacrées aux facteurs exerçant un impact positif ou négatif sur la situation des acteurs concernés à la suite d'une erreur médicale et 6 autres traitaient essentiellement des mesures ou programmes ayant une incidence positive sur la gestion et le coping de l'erreur médicale par la personne impliquée. Treize articles portaient sur des études primaires fondées sur une technique d'analyse quantitative et 9 autres sur des études primaires reposant sur une technique d'analyse qualitative. Au total, 9 reviews ont été intégrées dans notre étude, la majorité n'étant pas des évaluations systématiques mais des «articles d'opinion» basés sur la littérature. (cf. Tab.1)

A quelques rares exceptions près, toutes les études analysées faisaient exclusivement référence à la situation de médecins. Aucune étude autonome répondant aux critères d'intégration et consacrée à d'autres catégories professionnelles n'a pu être identifiée (concernant les limitations, cf. Conclusions).

Tab. 1:  
Répartition des études en fonction du thème central traité et de leur design

	Review	Etudes qualitatives	Etudes quantitatives	
Stress émotionnel	0	6	8	14
Gestion des incidents	8	2	2	12
Interventions à vocation d'amélioration	1	1	4	6
	9	9	14	32



*«I felt a sense of shame like a burning ulcer. This was not guilt: guilt is what you feel when you have done something wrong. What I felt was shame: I was what was wrong.» (13)*

### 5.3.1 Charge émotionnelle des médecins concernés

La majeure partie des études retenues traite de la charge émotionnelle pesant sur les médecins ayant été parties prenantes dans des erreurs médicales. Différentes études qualitatives mettent clairement en évidence que **l'implication dans une erreur laisse souvent des traces profondes et déclenche même fréquemment des crises émotionnelles et professionnelles ou des troubles de santé.**

Dans une étude reposant sur des focus groups constitués de médecins-assistants et de médecins-chefs australiens, Kennedy et al. (12) ont constaté que l'impact émotionnel d'une erreur médicale sur le médecin traitant était au centre des discussions et que les médecins-assistants, en particulier, craignaient la réaction de leurs collègues et formulaient expressément la nécessité d'un soutien. Sur la base d'entretiens approfondis réalisés avec 11 médecins traitants exerçant dans des hôpitaux régionaux des Etats-Unis, Christensen et al. (13) rapportent que la peur, la culpabilité, la colère, la honte et l'humiliation sont des réactions émotionnelles typiques après la survenue d'une erreur médicale et qu'elles peuvent durer de quelques jours à plusieurs années.

Les médecins impliqués étaient souvent persuadés qu'ils devaient réprimer ce qu'ils ressentaient et qu'il n'était pas avisé de se confier à des personnes proches. C'est ce que confirme l'étude d'Engel et al., dans laquelle des interviews approfondies ont également été réalisées auprès de 26 médecins randomisés exerçant dans un hôpital de formation des Etats-Unis (14). **Une corrélation a pu être mise en évidence entre la dégradation des résultats des traitements et une perception accrue de la responsabilité personnelle d'une part, et l'augmentation du stress émotionnel d'autre part.** L'éventail des émotions négatives est large. Il englobe des manifestations qui vont de la culpabilité et des remords à l'isolement et la solitude. Dans ce contexte, séparation, singularité de la responsabilité de l'erreur et solitude sont probablement typiques du secteur médical. (cf. Tab. 2)

Tab. 2:  
Eventail des réactions émotionnelles après l'implication dans une erreur

Culpabilité – Remords	Echec personnel, regret d'avoir laissé échapper les occasions d'améliorer les soins.
Frustration – Colère	A l'égard de soi-même, des patients, mais en priorité à l'égard des collègues.
Doute de soi – Médiocrité	Doute destructeur quant à l'ampleur de la responsabilité. Doute concernant l'adéquation professionnelle Faculté de pouvoir se pardonner
Isolement – Solitude	Etre le premier auquel une erreur de ce type arrive Etre seul pour faire face au travail de coping de la situation.

Gallagher et al. ont abouti à des conclusions similaires avec des focus groups de médecins et de patients (15). Il convient en particulier de noter que **les patients tout comme les médecins ont fait état de besoins émotionnels intenses, généralement insatisfaits, après la survenue de l'erreur médicale.** Les médecins ont dit être déprimés et tristes et ne pas savoir où trouver de l'aide.

Ces impressions qualitatives sont étayées par les études quantitatives. Wu et al. rapportent les réponses de 114 médecins internistes des Etats-Unis ayant commis une erreur médicale. A la suite de l'incident, 81% des personnes interrogées ont ressenti de l'apitoiement sur leur propre sort, 79% de la colère à leur égard, 72% se sentaient coupables et 60% éprouvaient également un sentiment de médiocrité (16). Une enquête menée par Hobgood et al. auprès de 43 participants à un programme réalisé avec des médecins-assistants américains a abouti à la conclusion qu'après avoir commis une erreur médicale, 68% d'entre eux avaient de la compassion à l'égard du patient, 53% se sentaient responsables, 58% avaient un sentiment de médiocrité et 55% étaient frustrés (17). Le stress émotionnel important s'explique également par le fait que **les médecins-assistants interrogés recherchaient l'origine ou la cause des erreurs en priorité sur un plan personnel et individuel.** Ainsi

Tab. 3:  
Auto-évaluation des causes d'erreurs (17)

Causes de l'erreur	% Assistants	INtrinsèque/ EXtrinsèque
Je n'avais pas suffisamment d'expérience.	55%	IN
Je ne possédais pas suffisamment de connaissances.	51%	IN
J'avais beaucoup d'autres tâches à effectuer.	43%	EX
Je n'ai pas pris en compte les signes d'alerte.	40%	IN
Il y a eu une défaillance de communication.	38%	IN
J'étais épuisé.	33%	IN
Je n'ai pas demandé conseil.	33%	IN
C'était une situation très complexe.	25%	EX
J'ai hésité trop longtemps.	20%	IN
C'était un cas atypique.	20%	EX
La supervision n'était pas adéquate.	20%	EX
Il y a eu une complication procédurale.	13%	EX
Il y a eu un problème systémique.	10%	EX

les causes les plus fréquemment mentionnées ont-elles été des raisons intrinsèques, notamment le manque d'expérience et de savoir. (cf. Tab. 3)

L'étude d'Aasland et al. montre que l'implication dans une erreur ne s'exprime pas uniquement dans des émotions pénibles, mais qu'elle a également une incidence évidente sur la situation privée et professionnelle. Dans le cadre d'un sondage réalisé auprès d'un échantillon de 1318 médecins norvégiens enregistrés (donc également de médecins libéraux), 17% des personnes interrogées ont indiqué qu'un incident de ce type avait eu des répercussions négatives jusque dans leur vie privée, et 11% qu'il leur avait été difficile de poursuivre leur activité médicale (18). De plus, 6%

Tab. 4:  
Erreur déclarée par l'auteur et réactions de stress (21)

Stress	Instrument	«Erreur majeure» déclarée par le thérapeute		P
		Non	Oui	
Qualité de vie	LASA (0-10, moyenne)	6.54	6.01	.03
Dimensions du burnout				
Dépersonnalisation	MBI-DP (0-30, moyenne)	6.62	9.85	<.001
Epuisement émotionnel	MBI-EE (0-54, moyenne)	19.21	26.06	<.001
Performance	MBI-PA (0-48, moyenne)	39.26	36.27	.001
Dépression	Dépistage 2 critères (%)	33.02	63.33	<.001

d'entre elles ont déclaré avoir eu besoin d'un soutien professionnel pour pouvoir surmonter cette expérience. Mais l'auto-évaluation de l'implication dans une erreur ne semble pas être le seul facteur déclenchant de telles émotions. Cunningham et al. ont réalisé une enquête auprès de 221 médecins en Nouvelle-Zélande, dans le but d'analyser les conséquences à court et à long terme, pour le médecin, du dépôt d'une plainte par le patient (19). Il s'est avéré qu'après la dénonciation, 33% des médecins ont manifesté moins de confiance et eu à court terme une attitude moins positive à l'égard du patient. Des personnes interrogées, 23% ont même envisagé à un moment de ne plus exercer leur profession. Si, au bout d'un temps relativement long, ces sentiments ont régressé, la crainte, la méfiance et la baisse d'empathie à l'égard des patients ont souvent perduré pendant longtemps. Dans l'ensemble, la majeure partie des médecins ont ressenti la plainte du patient comme une démarche clairement négative.

Un certain nombre d'études quantitatives de haut niveau méthodologique réalisées ces deux dernières années montrent que l'implication dans une erreur n'entraîne pas seulement des réactions émotionnelles à court terme mais qu'il faut s'attendre, au moins pour un fort pourcentage des auteurs, à des répercussions d'une grande portée. Une étude à large échelle réalisée aux Etats-Unis et au Canada par Waterman et al. auprès de 3171 médecins a examiné l'impact d'erreurs médicales sur cinq domaines de la vie privée et professionnelle (20). Les médecins impliqués dans une erreur ont fait état d'une crainte accrue d'en commettre d'autres à l'avenir (61%), d'une diminution de la confiance en soi au niveau professionnel (44%), de problèmes d'insomnie (42%), d'une moindre satisfaction dans le travail (42%) et d'une atteinte à leur réputation (13%). Les impacts négatifs de l'implication dans une erreur étaient significativement plus fréquents (cf. Fig. 1,\*) dès lors qu'il s'agissait d'une erreur sérieuse («serious error»). Toutefois, plus d'un tiers des médecins impliqués dans un «presque accident» ont rapporté des problèmes de sommeil, une perte de satisfaction au travail et une baisse de la confiance en soi sur le plan professionnel ainsi qu'une crainte accrue de futures erreurs.

La baisse de satisfaction au travail était nettement plus fréquente chez les médecins internistes et les chirurgiens que chez les pédiatres. Par ailleurs, les femmes médecins et celles consacrant plus de 75% de leur

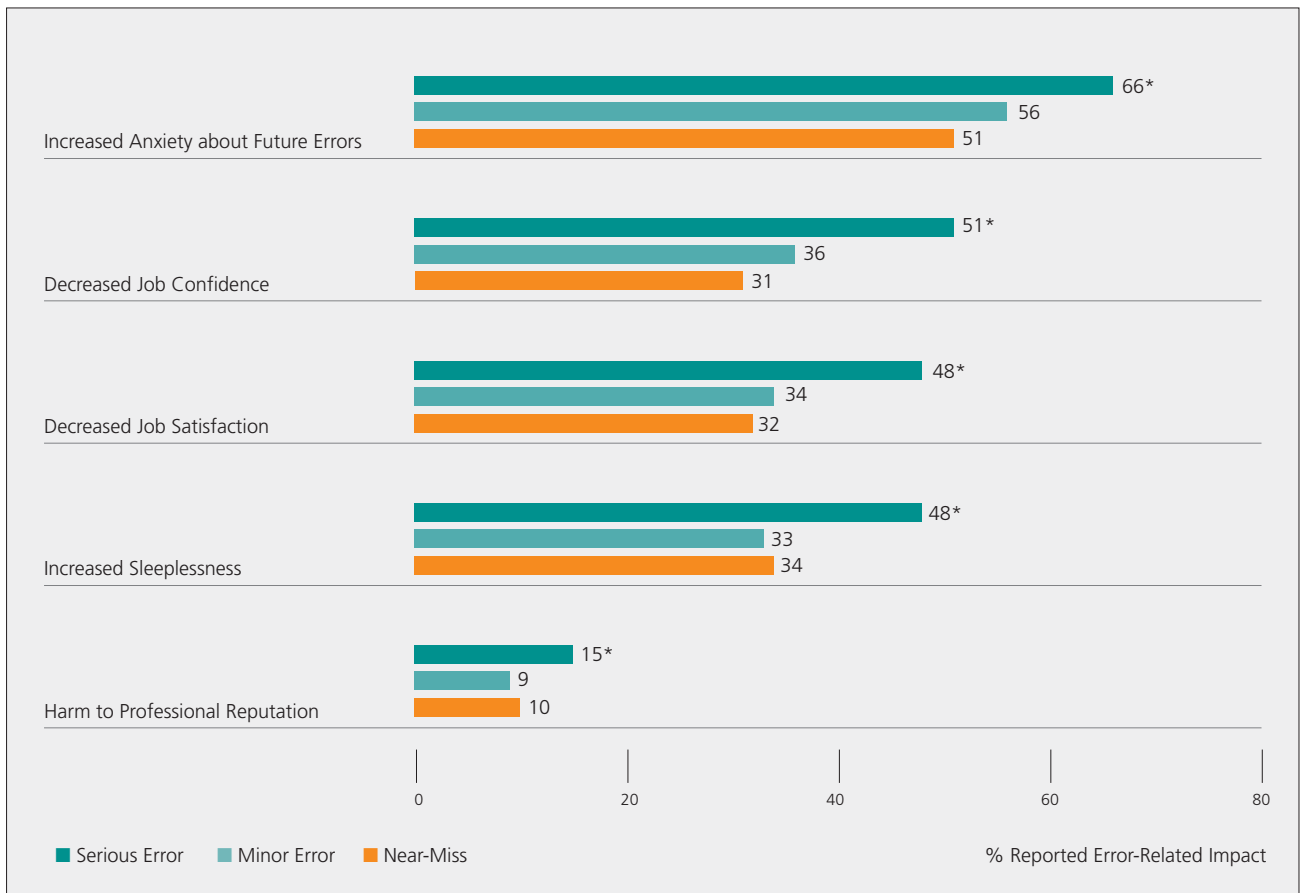


Fig. 1: Fréquences des atteintes rapportées par les médecins, classées par type d'erreur (20)

temps de travail à des activités cliniques affichaient un risque nettement plus élevé de présenter l'une des réactions de stress mentionnées ci-dessus.

Une étude de cohorte longitudinale de la Clinique Mayo de Rochester analyse les relations existant entre les erreurs médicales et les répercussions sur les dimensions de la « qualité de vie » et du « burnout » (21). West et al. montrent qu'une erreur majeure (« major error ») perçue par le thérapeute est associée à une baisse significative de la qualité de vie et à une dégradation des valeurs dans toutes les dimensions du burnout, notamment la « dépersonnalisation »<sup>2</sup> et l'« épuisement émotionnel »<sup>3</sup>. Le sentiment d'avoir causé une erreur entraînait de surcroît un risque multiplié par plus de trois de répondre positivement aux questions de dépistage de la dépression (Odds ratio 3.3). (cf. Tab. 4)

Etonnamment, cette étude met en évidence que les symptômes de burnout et une baisse de l'empathie à l'égard des patients sont corrélés de manière signifi-

cative à une élévation de la probabilité d'un incident de traitement dans les trois mois qui suivent. Ces résultats donnent à penser qu'un cycle réciproque peut se créer entre les symptômes individuels de stress d'une part, les erreurs et une qualité des soins sous-optimale de l'autre. Ce cycle semble être déclenché par la perception de l'individu d'avoir été impliqué dans une erreur et aboutit, via des réactions de type burnout ou baisse de la qualité de vie et de

<sup>2</sup> Dans la « dépersonnalisation », la personne concernée perçoit ses sentiments et ses expériences de manière lointaine, à distance, comme s'il ne s'agissait pas des siens. Il se crée une insensibilité émotionnelle à l'égard des autres et du travail. Des phénomènes de dépersonnalisation peuvent se produire dans le burnout et dans d'autres affections (p. ex. dans les troubles anxieux). Chez les individus travaillant dans le secteur social ou médical, ceci s'exprime par des sentiments négatifs et cyniques vis-à-vis du patient, par un durcissement émotionnel et par une vexabilité. Les personnes concernées portent toutefois un jugement correct sur leur environnement réel et ont le contrôle de leurs actes.

<sup>3</sup> Par « épuisement émotionnel », on entend une fatigue chronique et émotionnelle (dès le matin, rien qu'à la pensée du travail), un sentiment profond de frustration à l'encontre du travail, des insomnies et, souvent, des troubles physiques diffus.

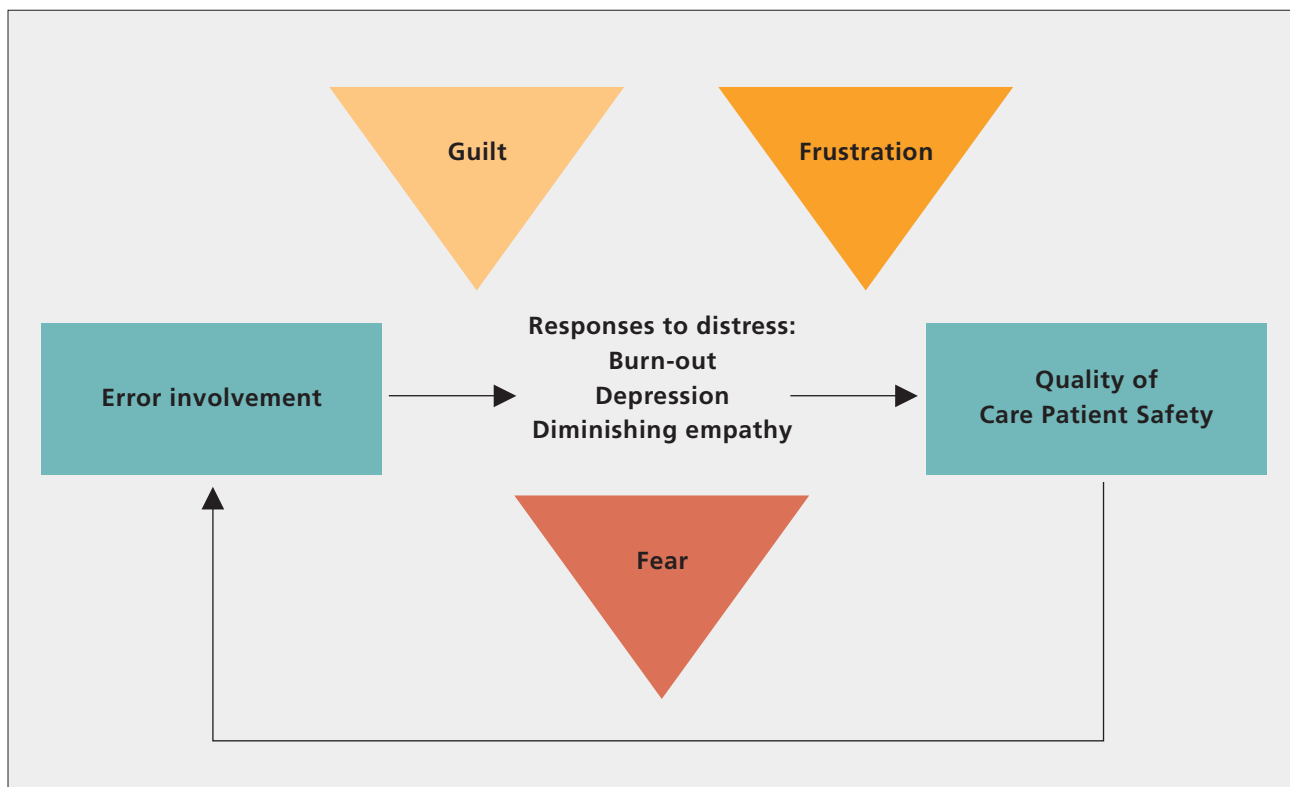


Fig. 2: Cycle réciproque entre implication dans une erreur, réaction de stress et sécurité du patient (1)

Tab. 5: Relation entre burnout et traitement sous-optimal des patients (22)

Déclarations des médecins concernant les soins	% de réponses positives	
	En présence de burnout	En l'absence de Burnout
«I had little emotional reaction to the death of one of my patients.»	70%	19%
«I felt guilty about how I treated one of my patients from a humanitarian standpoint.»	48%	11%
«I made treatment or medication errors that were not due to a lack of knowledge or inexperience.»	50%	15%
«I found myself discharging patients to make the service «manageable» because the team was too busy.»	68%	37%

l'empathie, à une qualité des soins sous-optimale et à un risque accru de commettre d'autres erreurs. (cf. Fig. 2)

Shanafelt et al. (22) mettent eux aussi en évidence, dans le cadre d'un sondage réalisé auprès de 115 assistants de médecine interne participant à un programme de formation universitaire de Seattle, que **la baisse de qualité des soins dispensés par les médecins est corrélée aux symptômes de burnout**. En ef-

fet, 53% des médecins atteints de symptômes typiques du burnout ont déclaré présenter au moins l'un des aspects des soins sous-optimaux une fois par mois au minimum, contre 21% de ceux ne souffrant pas de burnout. (cf. Tab. 5)

Dans des analyses multivariées, il s'est avéré que les symptômes du burnout – mais pas le sexe du médecin, ni la dépression ou la consommation à risque d'alcool – étaient fortement associés à un ou plusieurs comportements se traduisant au minimum une fois par mois par un traitement sous-optimal du patient (Odds ratio 8.3). Parmi les différentes dimensions du burnout, c'est essentiellement celle de la «dépersonnalisation» qui a été mise en évidence et ce, dans un rapport de cause à effet direct. **Ce fait établi indique donc un rapport entre l'implication dans une erreur, le burnout et le risque subséquent d'une baisse de la qualité des soins.**

Cette relation est sans doute imputable à des mécanismes de coping face aux erreurs médicales chez les personnes concernées. Dans une étude réalisée sur de jeunes médecins-assistants aux Etats-Unis, Mizrahi et al. (23) identifient trois formes de mécanismes de coping problématiques:



*...«I was frightened of what other people would think of me. I was afraid of what my peers would think. There are no secrets there. Everybody else knew what they were doing. If somebody died, it was obvious what had happened. It was extremely depressing. I had before developed the idea that I was a better than average physician, and suddenly, it was whether I was even an average physician. I wasn't feeling good. I didn't discuss my underlying feelings. I don't normally disclose my feelings to my colleagues. I felt like I was stripped. I needed to sit down on someone's lap and be held like a baby. I needed someone, a peer, to put their hand on my shoulder, to tell me that it wasn't my fault.» (24)*

- «**Déni de la responsabilité**» (denial), qui peut s'exprimer par une non-reconnaissance de l'erreur, par l'interprétation de l'erreur en «non-erreur» ou, plus généralement, par le fait de considérer l'usage de la notion d'erreur comme impossible en médecine «puisque la médecine est un art comportant des zones d'ombre».
- «**Minimisation de l'importance et de la propre responsabilité**» (discounting), qui consiste à minimiser l'erreur et, plus particulièrement, la responsabilité personnelle. Ce sont alors essentiellement le «système», certains subordonnés de l'équipe, voire le patient qui sont accusés.
- «**Distanciation émotionnelle**» (distancing), qui peut impliquer une généralisation de l'incident («tout le monde peut faire une erreur») ou la délégation du traitement du patient concerné à un autre médecin.

Selon Wu et al., le rejet de la responsabilité, entre autres, génère des comportements négatifs tels qu'éviter de traiter des patients de même type à l'avenir ou ne pas divulguer de futures erreurs (16). Dans cette étude, on a pu également observer que **les médecins qui reconnaissent leur responsabilité dans l'erreur subissaient certes un stress plus important à court terme, mais modifiaient ensuite plus souvent leurs comportements de manière constructive**. Engel et al. rapportent eux aussi que, dans certaines circonstances, les fortes répercussions émotionnelles d'une implication dans un incident peuvent engendrer un

processus positif, par exemple la disposition à tirer des enseignements (14;16). Sa mise en place effective dépend pour une part déterminante de l'environnement professionnel de la personne concernée.

### 5.3.2 La gestion des erreurs: besoins et expériences

Certaines des études évaluées traitent de la gestion des erreurs et décrivent les besoins des personnes concernées d'une part, leur vécu et expérience dans la gestion de ces erreurs au sein de l'établissement dans lequel elles travaillaient, de l'autre.

Dans une étude qualitative fondée sur 30 interviews approfondies réalisées auprès de médecins généralistes, Newman rapporte de manière très impressionnante les besoins des personnes interrogées après l'«erreur la plus grave qu'ils aient jamais commise». (24).

A l'exception d'un seul, tous les médecins interrogés ont exprimé le besoin de soutien. Comme dans l'étude d'Engel et al., c'est le besoin «de parler de l'incident avec quelqu'un» qui a été le plus souvent cité (63%), suivi de la «confirmation de la compétence professionnelle» (59%), de la «confirmation de la justesse du processus de décision» (48%) et de la «confirmation de l'estime de soi» (30%, les réponses multiples étaient possibles) (14;24). Parmi les médecins qui ont bénéficié d'un soutien, 44% ont déclaré que **«parler et écouter» avait représenté le soutien émotionnel le plus important**. La majorité des personnes interrogées ont

toutefois rapporté ne pas avoir reçu ce soutien de la part de collègues (33%), mais de leur partenaire (55%) ou de leur famille (4%). S'appuyant sur le cas hypothétique d'une erreur médicale grave, l'étude a examiné la question des besoins de soutien émotionnel que les médecins interrogés identifiaient ou supposaient chez le collègue dont il était question, des besoins qu'ils auraient eux-mêmes probablement ressentis et du soutien qu'ils seraient prêts à proposer dans la situation décrite. **Bien que tous les médecins interrogés aient perçu la nécessité d'un soutien et déclaré qu'ils auraient eu eux-mêmes besoin d'un grand soutien, seuls 32% étaient prêts à proposer leur aide sans restriction. Pour la plupart, ces médecins ne seraient prêts à soutenir leur collègue qu'à condition qu'une amitié étroite ait existé entre eux auparavant.**

L'étude d'Aasland et al. met elle aussi clairement en évidence que la thématique des soins sous-optimaux et des erreurs est jusqu'à présent peu courante et peu acceptée au sein de la profession (18). 50% des médecins norvégiens interrogés ont indiqué avoir des difficultés à critiquer leurs collègues pour des comportements non conformes à l'éthique et 54% se sont accordés à dire qu'il était difficile d'aborder la question d'un comportement professionnel inacceptable avec des collègues. En revanche, les médecins dont l'environnement permettait une plus grande ouverture en la matière ont déclaré avoir bénéficié de davantage de soutien de la part de leurs collègues après avoir été impliqués dans une erreur.

Les études disponibles montrent clairement qu'en général, **les médecins concernés ne se sentent pas**


**suffisamment soutenus par leur établissement dans la gestion de l'erreur.** Ainsi Wu et al. (16) rapportent-ils que 27% des médecins avaient l'impression que l'atmosphère de l'hôpital les empêchait d'informer les autres de leurs erreurs et que 20% avaient le sentiment que l'hôpital réagissait sur un mode condamatoire aux erreurs. Dans une enquête internationale comparative réalisée auprès de médecins, de soignants et de pilotes de différents pays, Sexton et al. révèlent qu'un tiers seulement des médecins interrogés a déclaré bénéficier d'une gestion adéquate des erreurs dans leur établissement (25). Dans leur majorité, les médecins ont indiqué que de nombreuses erreurs n'étaient pas abordées ou discutées en tant que telles pour des raisons de réputation personnelle (76%), de crainte de conflits juridiques (71%), d'attentes d'un haut niveau de la part des patients et de la société (68%), ou par peur de mesures disciplinaires (64%).

Dans l'étude de Waterman et al., 90% des médecins ont répondu par la négative à la question de savoir si leur établissement les soutiendrait de manière adéquate dans la gestion des erreurs (37% ont même rejeté catégoriquement cette hypothèse) (20). Les médecins n'ayant bénéficié d'aucun soutien ont présenté plus fréquemment des symptômes de stress. 82% des médecins interrogés ont exprimé leur intérêt pour des offres professionnelles de conseil («counseling») après une erreur grave et 86% pour des cours sur la divulgation des erreurs aux patients. Les pédiatres ont été plus nombreux à manifester un très grand intérêt pour des offres professionnelles de conseil (36%) que les internistes (30%) ou les chirurgiens (25%). En dépit de cet intérêt, **une certaine ambivalence a pu être observée chez les médecins eux-mêmes à l'égard des offres de soutien** – une ambivalence qui s'exprime dans la mention d'obstacles typiques à la sollicitation de prestations de conseil. (cf. Tab. 6)

Pour une part, ces obstacles semblent refléter la gestion institutionnelle effective des erreurs, qui est encore peu orientée vers le soutien. Dans le cadre d'une analyse de programmes dédiés à des médecins urgentistes assistants, Hobgood et al. ont abouti à deux conclusions, à savoir que dans la plupart des cas, les «conférences de morbidité – mortalité» sont le seul lieu où les erreurs peuvent être discutées et qu'**après une erreur, les hôpitaux réagissent fréquemment en imposant un surcroît de tâches et des exigences à caractère répressif à l'égard du médecin con-**

Tab. 6:  
Obstacles s'opposant à la sollicitation de prestations de conseil après la survenue d'une erreur (20)

Obstacles s'opposant à la sollicitation de prestations de conseil	% de réponses positives
«Taking time away from work for counseling would be difficult.»	43%
«Do not believe that counseling would be helpful.»	35%
«Being concerned that what was said in a counseling session would not be kept confidential if being sued.»	35%
«Being concerned that the counseling history would be placed in the permanent record.»	34%
«Being concerned that receiving counseling could affect malpractice insurance costs.»	23%
«Being concerned to be judged negatively by colleagues.»	18%



«... I was blessed with an attending who was diligent enough, who forced me to talk about it. Otherwise I would not have.» (14)

**cerné (26).** Ces tâches peuvent prendre différentes formes: supplément de cours (25%), rédaction de rapports écrits (17%) ou tâches cliniques additionnelles (9%). Dans 40% des programmes, le médecin doit exposer lui-même son erreur dans le cadre de la «Morbidity and Mortality Conference», situation qui est souvent ressentie comme humiliante (cf. également le chapitre intitulé «Interventions visant à améliorer la situation de la personne concernée»).

Outre la réaction aiguë, l'implication dans une erreur peut entraîner des changements – positifs ou négatifs – dans l'activité médicale (13). Dans une étude, Wu et al. ont également analysé les facteurs favorisant les modifications positives de comportement, telles que la «recherche accrue d'informations» (interrogation de collègues ou de supérieurs hiérarchiques, par exemple) et la «vigilance accrue» (plus grande attention accordée aux détails, confirmation personnelle des données, etc.) (16). (cf. Tab. 7)

Outre le sexe du médecin, l'issue et la cause de l'erreur, la reconnaissance de la responsabilité personnelle et la communication sur l'erreur ont une influence significative sur les changements de comportement positifs.

Les études présentées montrent que la communication avec les collègues et les supérieurs hiérarchiques a une importance prééminente sur la gestion constructive et protectrice des erreurs. Dans la réalité, cet échange est toutefois très limité. **Il semble au contraire que ce soit plutôt le «hasard» qui fasse que la personne concernée rencontre un supérieur hiérarchique ou un collègue lui proposant de manière proactive un entretien et une réflexion dans le cas d'une erreur.**

### 5.3.3 Interventions visant à améliorer la situation de la personne concernée

A ce jour, il existe encore très peu d'études qui évaluent les interventions ayant pour vocation d'influer sur les réactions aux incidents ou sur la gestion des er-

Tab. 7:

Prédicteurs de changements de comportement positifs après la survenue d'une erreur, d'après les indications de la personne concernée (16)

Prédicteur		p
Femme médecin	7.43	<0.05
Issue grave chez le patient	3.46	- -
Erreur due à un manque d'expérience	0.23	<0.001
Erreur due au surmenage	-0.15	<0.01
Erreur due à la complexité du cas	0.20	<0.001
Reconnaissance de la propre responsabilité	0.23	<0.01
Communication importante concernant l'erreur	0.25	<0.01
Attitude condamnatoire de l'établissement	0.01	- -

reurs. De nombreux travaux soumettent des propositions conceptuelles portant souvent en priorité sur un «changement de culture» de l'environnement, notamment de l'hôpital. De nombreux auteurs mentionnent de vastes catalogues de mesures qui englobent souvent les aspects suivants (27–30):

- Sensibilisation à l'égard des «erreurs» dans le cadre de programmes de formation et de filières universitaires afin de favoriser le changement culturel dès la phase de socialisation.
- Modification du contenu des conférences et discussions d'erreurs médicales se tenant dans le cadre de programmes de perfectionnement professionnel et visant à permettre les entretiens de soutien et à exclure humiliation, accusations et sanctions. Les médecins-chefs respectés devraient ici donner l'exemple et exposer leurs propres erreurs aux médecins-assistants, de même que les répercussions personnelles et le stress en résultant, ceci afin de développer l'acceptance.
- Mise sur pied et promotion – en plus d'offres formelles dans le cadre desquelles peut s'instaurer une communication sur les erreurs et incidents (par exemple les discussions de cas) – d'occasions informelles, personnelles et anonymes pour encourager l'échange entre les collaborateurs.
- Etablissement de conventions écrites concernant la gestion des erreurs. Ces conventions doivent com-

prendre un concept général ainsi que des directives pratiques et un soutien institutionnalisé.

- Intégration, dans le processus du «consentement éclairé», de l'information du patient quant aux erreurs susceptibles de survenir dans la procédure de diagnostic ou le traitement. Parallèlement, le patient doit être informé des mesures qui sont prévues pour éviter la survenue d'un incident. Ce changement pourrait être une étape dans la démystification de l'idée d'infailibilité de la médecine au sein du public et dans la correction des attentes erronées en fonction de la réalité.
- Positionnement de la sécurité des patients en tant que tâche primaire de direction, accordant une place prépondérante au soutien des collaborateurs.
- Relativisation, entre autres, de l'exigence de performance et de normes grâce à l'acceptance, au sein des professions médicales, du fait que l'erreur est possible. La reconnaissance que des erreurs surviennent marginalement et l'existence parallèle d'un système cherchant en permanence à les réduire à un minimum permettent de générer une image réaliste et raisonnable du système de santé.

La plupart des propositions mentionnées font référence à un changement fondamental de culture. Des modifications ne peuvent sans doute être obtenues qu'à long terme. Dans la réalité, il existe fort peu d'études analysant l'efficacité des mesures citées.

L'espace institutionnel traditionnel dans lequel les complications, incidents et erreurs sont normalement discutés ou pourraient l'être, sont les «Morbidity and Mortality Conferences» (MMC). L'avantage de cette structure est qu'elle est bien établie et intégrée dans l'activité clinique quotidienne, qu'elle peut en principe être mise en place par-delà les hiérarchies et que, du fait de son association à des thèmes médicaux non liés aux erreurs, elle peut théoriquement symboliser leur «ancrage naturel» dans le travail clinique. Dans la pratique, les MMC sont toutefois jugées avec une grande ambivalence précisément par les médecins-assistants. Wu et al. rapportent que 48% des personnes interrogées ont le sentiment que les «sujets vraiment difficiles n'y sont pas traités» (16). La critique majeure de Goldberg est que les MMC sont souvent perçues comme une institution où les personnes impliquées dans un incident sont plus ou moins «humiliées», «la leçon leur étant faite» en présence de tous leurs collègues (31). La personne concernée peut rarement s'exposer pour exposer son point de vue.

Par ailleurs, les besoins émotionnels des participants sont en général ignorés puisque l'échange demeure sur un plan systémique technique. Toutefois, l'étude qualitative d'Engel montre que les médecins-assistants apprécient souvent les MMC en tant qu'occasion de communication sur les incidents et les erreurs (14). Les interviews mettent en évidence que les offres formelles du type des MMC peuvent ouvrir la porte à d'autres entretiens informels et plus approfondis. Ainsi les médecins-assistants peuvent-ils, dans le cadre des MMC, observer le comportement des collègues et supérieurs hiérarchiques à l'égard des erreurs et vis-à-vis des responsables, connaître leur position et identifier à qui ils pourraient, le cas échéant, se confier.

Les analyses de la pratique des MMC soulèvent toutefois des doutes quant à l'exploitation effective du potentiel qu'elles recèlent en qualité de catalyseur dans la gestion des erreurs. Pierluissi et al. ont évalué 332 MMC de quatre grands hôpitaux des Etats-Unis, dont 100 en médecine interne et 232 en chirurgie (32). Dans les MMC de médecine interne, 37% seulement des cas étudiés faisaient état d'événements indésirables («adverse event» – AE) dont 19% était associés à une erreur. En chirurgie, le nombre de cas faisant état d'événements indésirables s'élevait à 72% et 42% de l'ensemble des cas étaient associés à une erreur. Les écarts entre les secteurs sont significatifs. (cf. Fig. 3)

Cette analyse des cas présentés lors des MMC a mis également en évidence que les erreurs, lorsqu'elles se produisent, ne sont souvent pas désignées comme telles. En médecine interne, 48% seulement des erreurs l'ont été, dont 19% de manière explicite et 29% de manière implicite. Dans les MMC de chirurgie, ces deux derniers chiffres sont respectivement de 32% et de 45%. Dans les autres cas, les erreurs ont été décrites comme des «divergences entre médecins» ou encore comme des «problèmes non spécifiques» ou n'ont pas du tout été abordées (24% en médecine interne, 6% en chirurgie). Ces données montrent que le potentiel des MMC pour l'instauration d'une gestion des erreurs est très insuffisamment exploité, tant quantitativement que qualitativement – tout au moins aux Etats-Unis.

Coyle et al. ont évalué l'instauration, au Texas, de cours sur le thème de la sécurité des patients auprès de 30 médecins-assistants, dans le cadre d'une formation post-grade de médecin de famille (33). Ces cours

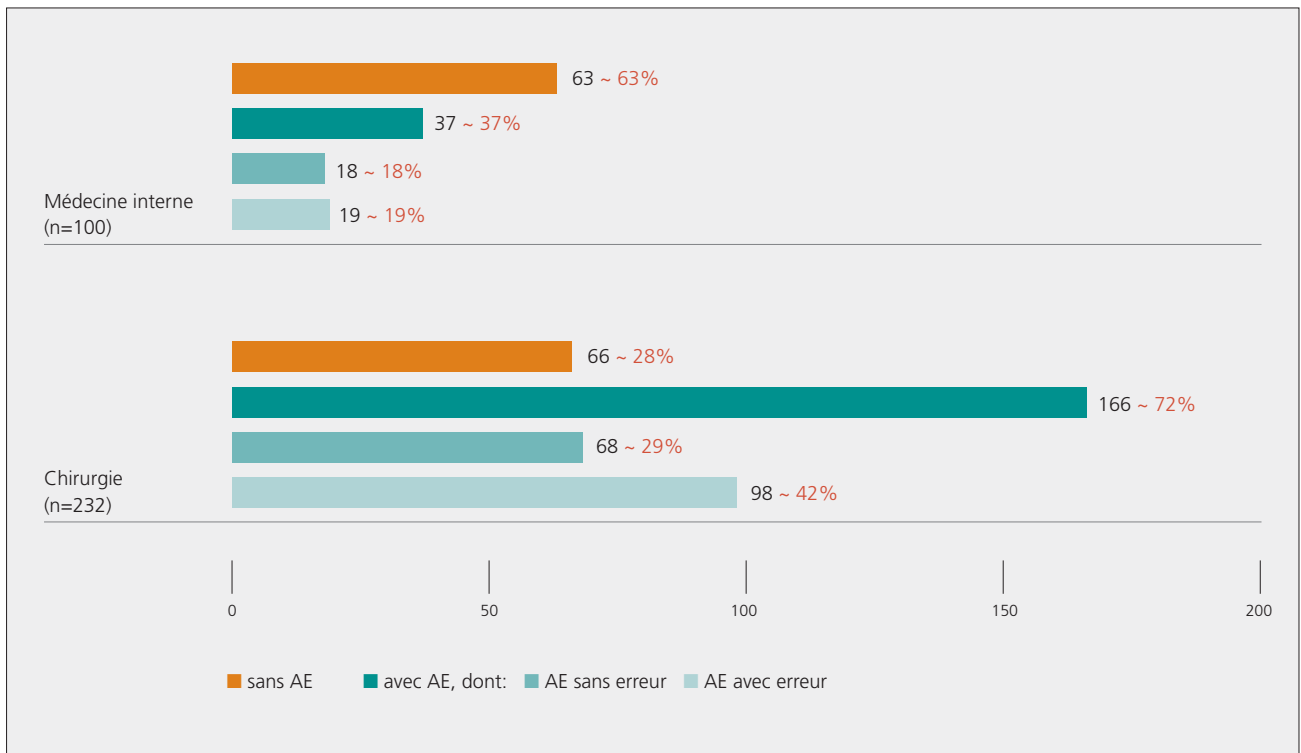


Fig. 3: Présentation des événements indésirables (AE) et des erreurs dans les MMC en fonction des secteurs (32)

comportaient une leçon d'introduction ainsi que des discussions mensuelles au cours desquelles des cas réels d'erreurs étaient présentés et débattus. L'effet du programme sur le comportement et l'état d'esprit à l'encontre de la déclaration d'erreurs et d'incidents médicaux a été évalué avant et six mois après son introduction, par le biais d'un sondage réalisé auprès des participants. En début de programme, l'état d'esprit à l'encontre de la déclaration d'erreurs n'était pas positif ; en moyenne, il n'avait pas changé au bout des six mois (valeur médiane du changement=0). Du sondage, il ressort que les principaux obstacles à la déclaration d'erreurs étaient le manque de temps (59%), la crainte en termes de réputation et de carrière (32%) et le supplément de tâches administratives (27%). Ces résultats montrent clairement que la modification de l'état d'esprit et de comportement, de même que l'instauration de l'atmosphère d'ouverture requise à cet effet, sont des objectifs ne pouvant être atteints à court terme par la simple organisation d'un stage de perfectionnement professionnel, mais qu'il s'agit d'un processus devant intégrer toute la culture de l'hôpital. Deux études évaluant ces approches ont été identifiées. Dans leur étude sur un hôpital de Tel-Aviv, Wilf-Milron et al. ont évalué l'adaptation de concepts issus

de l'aéronautique (34). Ils ont suivi un programme de gestion du risque pendant cinq ans, depuis son introduction. Ce programme s'appuyait sur les trois leitmotiv suivants:

- Des erreurs se produisent et résultent généralement de systèmes défaillants et non de négligence.
- La prévention des erreurs est un processus continu qui se fonde sur une documentation ouverte et exhaustive des erreurs.
- Les erreurs sévères ne sont que le sommet d'un iceberg de processus qui mettent en évidence les possibilités d'apprentissage au niveau organisationnel.

L'objectif recherché était la création d'une culture à l'esprit ouvert, «acceptant les erreurs», à tous les niveaux de la hiérarchie («Caring for the care-giver»). Outre une équipe interdisciplinaire et des cours, une hotline à laquelle les médecins pouvaient s'adresser pour déclarer des erreurs avait été mise en place. Elle proposait entre autres un soutien émotionnel immédiat et des conseils médicaux. Pendant la période d'observation, le nombre mensuel des cas déclarés est passé de zéro à plus de 50, dont 55% documentés en temps réel (dans les trois mois suivant l'incident). Le nombre des incidents déclarés directement par le mé-



Fig. 4: Composantes du programme de sécurité des patients de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (35)

decin impliqué est lui passé de 17% en 1997 à 40% en 2001. Aucune donnée n'est malheureusement disponible sur l'efficacité du soutien émotionnel dispensé, de sorte que cet aspect ne peut être évalué. On peut cependant supposer que la fréquence accrue des déclarations effectuées par les médecins impliqués est, pour une part, le résultat de cette offre de soutien émotionnel. En ce sens, **le lien direct entre la déclaration d'erreur et le conseil individuel peut créer des synergies, l'offre de soutien devenant une incitation à la déclaration et vice versa.**

Cohen et al. ont évalué l'introduction du «Patient Safety Program» au Baptist Medical Center du Missouri (35). Il convient de le présenter dans le détail, car il s'agit actuellement du programme le plus largement documenté. Ce sont les conclusions de focus groups de collaborateurs, documentant les déclarations de ces derniers – à savoir la sensation de travailler dans une atmosphère de répression – qui ont été à l'origine des activités d'évaluation. L'hypothèse posée était que des mesures de développement d'une culture «juste et loyale» entraîneraient une hausse de la fréquence de déclaration, laquelle permettrait en retour l'identi-

fication et l'amélioration de processus sous-optimaux. Le vaste système de sécurité des patients introduit comprenait les composantes suivantes: (cf. Fig. 4)

Comme facteurs de réussite particulièrement critiques, Cohen et al. ont surtout cité la confirmation du commitment de la direction par des faits et pas uniquement par des paroles, la nomination de «champions de la sécurité» au sein du personnel médical et du personnel en contact avec les patients. Les changements de culture n'ont pas été uniquement communiqués au sein de l'institution, mais également vers l'extérieur, en particulier aux patients. Une brochure («Mind your Meds») a été par exemple distribuée, dans laquelle les médicaments pouvaient être documentés et suivis. Parmi les principales mesures établies figurait essentiellement un système de déclaration permettant l'entrée de données via de multiples canaux, notamment une hotline fonctionnant 24 heures sur 24 et préservant l'anonymat.

Tous les rapports sur les erreurs médicales ont été documentés en continu et analysés. L'évaluation a porté sur une période de trois ans (1999–2001). Au cours



de l'introduction et de la réalisation du projet, les collaborateurs ont été régulièrement interrogés. Par ailleurs, le système de déclaration des erreurs a été évalué pour les trois phases de projet suivantes: «baseline», «transition» et «post-intervention». (cf. Tab. 8)

Ces résultats montrent d'une part que les appels sur la hotline et les incidents déclarés ont considérablement augmenté au cours de la période d'observation, d'autre part que la confiance des collaborateurs à l'égard du système de déclaration a progressé de manière significative – en termes d'appels non anonymes et de nombre de déclarations par les *personnes impliquées* et au vu des résultats du sondage réalisé auprès des collaborateurs. Bien que les répercussions sur la charge émotionnelle pesant sur les personnes impliquées dans un incident, sur le développement de symptômes de burnout et sur le comportement des

collaborateurs à l'égard des collègues impliqués n'aient pas été étudiées, on peut cependant estimer qu'une confiance accrue au sein de l'organisation a un impact positif sur les aspects cités.

Une remarque critique s'impose toutefois, à savoir qu'en dépit des vastes mesures prises, seul un effet relativement faible, mais significatif, a pu être constaté au niveau des questions ayant trait à la culture qui ont été posées dans le sondage réalisé auprès des collaborateurs.

Les mesures touchant le plan émotionnel individuel représentent une autre dimension du soutien direct. Dans leur étude qualitative, Eubank et al. décrivent les résultats d'un groupe de soutien et de supervision psychodynamique de dix médecins aux Etats-Unis, qu'ils ont accompagnés pendant une durée de cinq ans (36). Le travail de groupe ne portait pas exclusivement sur les expériences issues du secteur de la sécurité des

Tab. 8: Résultats de l'introduction d'un système de sécurité des patients (35)

Outcome	Phase			p
	Baseline	Transition	Postintervention	
<b>Sondage des collaborateurs* (moyenne ± SD)</b>				
This hospital has appropriate measures in place to protect patients' safety.		4.65 ± 1.09	4.99 ± 0.95	<0.001
This hospital provides an environment where staff can report medical errors and concerns without fear of negative consequences.		4.68 ± 1.10	4.93 ± 1.03	<0.001
<b>Evaluation du système de déclaration des erreurs</b>				
Nombre d'appels à la hotline/1000 jours d'hospitalisation par an [médiane (intervalle interquartile)]	2.83 (1.86-4.28)	10.84 (8.56-11.92)	22.79 (19.51-26.27)	<0.001
Nombre de personnes s'étant identifiées		30%	61%	<0.001
Nombre de personnes ayant déclaré leur implication directe dans une erreur		7%	14%	<0.001
Nombre d'incidents médicaux/1000 jours d'hospitalisation par an [médiane (intervalle interquartile)]	34.74 (33.72-36.16)	47.49 (41.30-52.04)	125.22 (107.70-158.99)	<0.001
Nombre d'erreurs de médication/1000 médicaments [médiane (intervalle interquartile)]	4.16 (2.53-5.36)	5.60 (4.74-7.74)	30.16 (24.65-48.41)	<0.001
Nombre d'erreurs de médication avec dommage ± temporaire/1000 médicaments [médiane (intervalle interquartile)]	0.06 (0-0.13)	0.18 (0.12-0.23)	0.19 (0.09-0.42)	=0.001

\* Mesuré sur une échelle de Likert à 6 niveaux, de 1=pas d'accord à 6=tout à fait d'accord

### Organizational Approaches to Supporting Staff After Medical Errors

BJC HealthCare's Support our Staff (SOS) program, administered through the Employee Assistance program (EAP), supports health professionals involved in medical errors in several ways:

#### Group Staff Debriefing After a Medical Error

- The department head contacts EAP to seek support for all staff involved with a medical error, including physicians.
- Counselors lead a group debriefing to normalize staff's reactions to the error, share feelings, and assess the error's impact on staff (whether staff are having nightmares, losing their appetites, using alcohol, or are depressed or anxious).
- Those needing additional support schedule no-cost telephone or in-person counseling sessions with the therapist involved in the debriefing.

#### Health Professional Personally Seeks EAP Assistance

- After being involved in an error, a health professional calls EAP directly. Although information revealed in therapy is protected, the counselor lets the health professional choose

what to reveal about the cause of the error and who was to blame.

- EAP counselors assess the error's impact on the health professional. Telephone or in-person counseling sessions are established as needed.
- The counselor recommends that the health professional return after the root cause analysis to process what happened.

#### Root Cause Analysis (RCA) Preparation and Debriefing

- Health professionals involved in RCA can feel blamed for the error. Discussion with a counselor beforehand about what will happen during a root cause analysis, the purpose for the probing questions, and how not to take it personally can help staff cope and communicate more clearly during the process.
- After the RCA, counselors are available to help professionals process what happened.

Professionals using these services have reported that they felt less alone after an error and more prepared for the root cause analysis.

Fig. 5: Aspects et mesures du programme «Support our Staff» (SOS) (20)

patients: il était consacré de manière générale au coping du stress et à la prévention de la perte d'illusions (crainte des actions en dommages-intérêts, par exemple). **Les auteurs de l'étude ont abouti à la conclusion que la thématization des émotions aidait les médecins dans leur développement personnel et les protégeait de la désillusion et des dysfonctionnements dans leur activité quotidienne.** Les évaluations typiques des participants démontrent qu'un espace d'expression ouverte des émotions, bien qu'important, est généralement inexistant dans le travail quotidien.

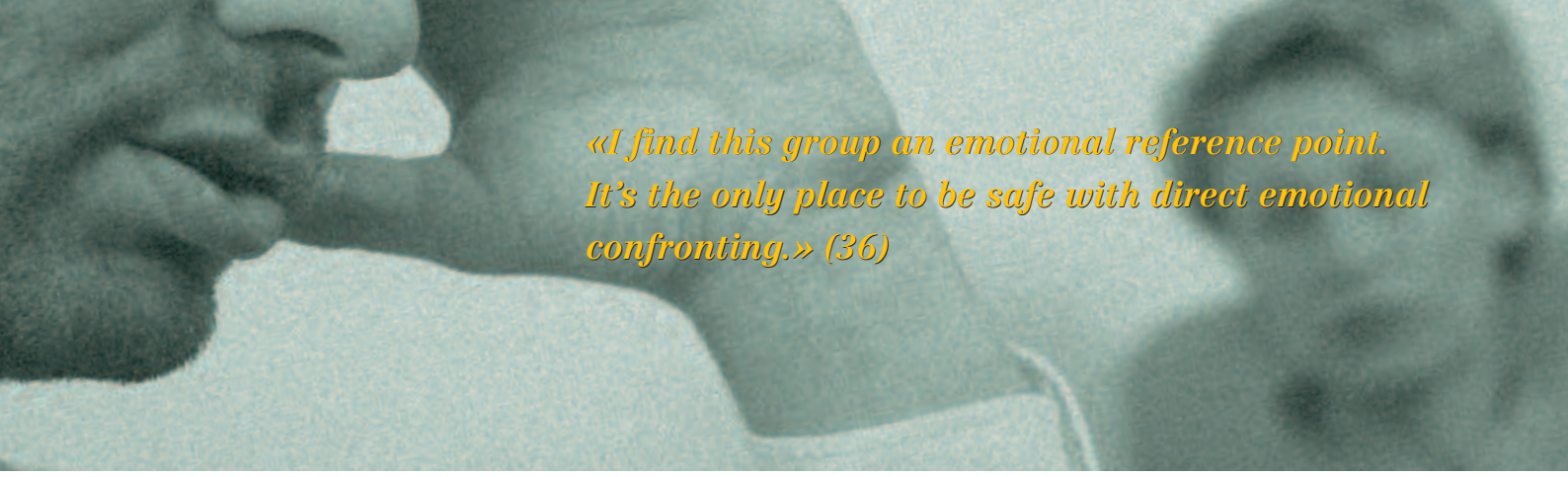
Une restriction doit être formulée ici, à savoir que l'efficacité de telles formes de groupes de soutien sur l'atténuation des impacts d'une implication dans une erreur n'a pas été véritablement évaluée, et qu'à grande échelle, ces formes ne sont vraisemblablement pas adéquates pour la plupart des personnes concernées. Toutefois, les aspects émotionnels doivent être eux aussi pris en compte dans le travail de coping et ce, en fonction de la nécessité et des besoins. Waterman et al. rapportent une série concrète de mesures de soutien des collaborateurs dans la gestion des erreurs

(«Support our Staff» – SOS) (20). Cette offre comporte trois composantes: le débriefing au sein de l'équipe, le conseil individuel et l'analyse de cause racine (root cause analysis). (cf. Fig. 5)

Dans le cadre d'un débriefing structuré, direct et standard de l'équipe après une erreur, il convient d'identifier si un soutien psychologique individuel supplémentaire est nécessaire et, si oui, pour qui. Ce conseil et cet encadrement peuvent être également sollicités par la personne concernée elle-même. La nécessité d'un soutien supplémentaire est à nouveau examinée une fois l'analyse de la cause racine achevée. A cette fin, **le programme dispose d'un mécanisme gradué comportant des éléments tant facultatifs qu'obligatoires, au moyen duquel est examiné à différents niveaux si d'autres aides peuvent présenter un intérêt et dans l'affirmative, lesquelles.** A ce jour, ni le recours à ces interventions ni leur effet n'ont été malheureusement évalués.

Différents auteurs soulignent – généralement sous forme anecdotique – que le fait de révéler l'erreur au patient qui en est victime ainsi qu'à ses proches – et





*«I find this group an emotional reference point. It's the only place to be safe with direct emotional confronting.» (36)*

de s'entretenir avec eux à ce sujet – peut avoir un effet «salutaire» sur le professionnel impliqué dans l'incident (37;38). On pourrait en déduire que l'instauration d'une politique de la divulgation, associée à des mesures appropriées, constitue fondamentalement un facteur de soutien pour les collaborateurs. Il n'existe pas d'études évaluant de manière explicite une telle intervention. L'étude de Waterman et al., qui met en évidence l'importance du stress résultant de l'implication dans une erreur, a toutefois examiné cette composante en relation avec l'expérience vécue en matière de divulgation aux patients (20). Il s'est avéré que les médecins qui étaient *satisfaits* des conditions dans lesquelles s'était déroulée la dernière révélation d'une erreur grave ne souffraient pas d'un stress émotionnel moindre que ceux qui n'en avaient pas fait part (Odds ratio 1.13). Cet examen a néanmoins fourni un résultat particulièrement important, à savoir que les médecins qui étaient *insatisfaits* du déroulement de la divulgation d'une erreur grave, présentaient un risque près de quatre fois plus élevé de diminution de leur confiance en eux sur le plan professionnel, de problèmes de sommeil, de baisse de satisfaction au travail ou de dégradation de leur réputation (Odds ratio 3.86). Dans cette étude, une révélation réussie n'avait donc pas d'impact positif sur la situation de stress, une expérience négative en la matière représentait en revanche un potentiel considérable de pression supplémentaire. **Du point de vue du patient, la révélation est toutefois une démarche élémentaire, absolument nécessaire. Ce résultat montre cependant qu'une politique de divulgation doit s'accompagner de mesures de nature à réduire le risque d'une expérience négative et doit par ailleurs prévoir un soutien dans l'hypothèse d'un contact difficile avec le patient.**

#### 5.4 Conclusions

S'appuyant sur la consultation systématique de bases de données et sur l'analyse, en texte intégral, des études sélectionnées, la présente étude examine et résume les faits établis au niveau international, qui dé-

montrent l'importance des erreurs médicales pour le personnel concerné. Les études empiriques portent sur a) l'impact des incidents et erreurs sur la situation de stress des collaborateurs concernés, b) la gestion de ces erreurs et c) les mesures ayant vocation à réduire le stress et à en améliorer la gestion. En résumé, l'analyse montre que

- le stress physique et psychique faisant suite à une implication dans des erreurs est important,
- en règle générale, les établissements ne proposent pas de soutien, qu'il soit formel ou informel, mais réagissent souvent de manière plutôt destructive et que
- l'on dispose à ce jour de peu de résultats concernant des mesures effectives de réduction du stress.

Cette étude bibliographique présente certaines limites qui doivent être prises en compte pour l'interprétation des résultats. Etant donné qu'il s'agit d'un travail à caractère empirique, aucun ouvrage théorique ou méthodologique n'a été pris en compte dans le cadre de la recherche bibliographique. La sélection des bases de données s'est réduite à *Medline* et *CINAHL*. On peut certes estimer que la grande majorité des travaux empiriques a été saisie, mais il est possible que des études sociologiques publiées dans des magazines non indexés dans l'une ou l'autre des bases de données mentionnées n'aient pas été identifiées. La quasi-totalité des études sélectionnées provient de l'espace anglo-américain et la validité de leur transposition à l'Europe est encore incertaine. Par ailleurs, la plupart portent exclusivement sur les médecins-assistants, d'autres catégories hiérarchiques sont plus rarement prises en compte. Cet aspect est particulièrement problématique vu qu'au cours des carrières, le type et les causes des erreurs dans lesquelles les médecins sont impliqués évoluent (39). Les travaux ayant pu être identifiés concernent presque exclusivement les médecins ou les collaborateurs de l'hôpital dans leur ensemble. Il serait souhaitable et absolument nécessaire de réaliser des études sur le stress causé par des incidents dans d'autres catégories professionnelles, notamment pour le personnel infirmier. En dépit de ces restrictions, on

peut partir du principe que les principales études ont été saisies et qu'elles donnent une image détaillée de l'état actuel des connaissances.

Si la relation entre stress professionnel et sécurité des patients est documentée depuis déjà bien longtemps, des études plus récentes tendent à montrer qu'il s'agit d'une relation réciproque dans laquelle l'implication dans une erreur entraîne stress et burnout, facteurs provoquant en retour un accroissement de la probabilité des erreurs (40). Ce mécanisme met en évidence que **le fait de promouvoir une gestion constructive des erreurs – démarche qui atténue le stress émotionnel et aboutit idéalement à un processus d'apprentissage – n'a pas pour seul effet d'améliorer la situation personnelle et professionnelle des personnes impliquées, mais également de contribuer à une meilleure qualité des soins chez les patients.** Cette conclusion a été notamment confirmée par l'étude de Williams et al., qui évalue l'impact, chez les médecins, de différents aspects de la culture organisationnelle sur le stress, le burnout et la sécurité des patients (41). Dans l'ensemble, l'influence de certaines dimensions de la culture au sein de l'hôpital a été moindre que ce qui avait été anticipé. Cependant, une culture institutionnelle qui met l'accent sur la notion de qualité a un effet positif sur la probabilité des déclarations d'erreurs par le médecin impliqué et préventif sur celle d'un traitement sous-optimal des patients.

Les études analysées montrent que les personnes concernées sont nombreuses à avoir besoin de soutien face à leur propre implication dans une erreur. (38). **L'échange avec les collègues revêt ici une importance particulière et a un «effet salutaire».** Mais de toute évidence, cet échange a lieu à une échelle bien trop réduite. Les discussions de cas peuvent jouer ici un rôle de pont essentiel puisqu'elles sont intégrées dans l'activité clinique quotidienne et que, parallèlement au coping formel, elles offrent la possibilité de constituer des coalitions informelles et de proposer une orientation. Les jeunes médecins et les étudiants en médecine décrivent leur souhait et leur besoin de voir des médecins expérimentés parler ouvertement de leurs propres erreurs, leur permettant ainsi de prendre conscience et d'assimiler le fait que les erreurs sont un aspect inévitable de l'activité médicale (29;42). **Les supérieurs hiérarchiques doivent désormais prendre davantage conscience de cette responsabilité et l'intégrer de manière active dans la formation et la conduite de leurs collaborateurs.** Dans ce contexte, il conviendrait de thématiser la di-

vulgation «technique» de la responsabilité personnelle concernant l'erreur, mais aussi la réaction émotionnelle personnelle face à cet événement. Il semble important de communiquer que **non seulement le fait de commettre une erreur, mais également le stress que cela engendre, sont «normaux» (même s'il convient bien sûr d'éviter tout événement) et ne remettent pas fondamentalement en cause l'aptitude à exercer la profession.** Si les discussions de cas sont mises à profit en ce sens et si les erreurs sont débattues dans un langage explicite et dans un esprit compréhensif, elles pourront apporter une contribution positive essentielle.

De nombreux auteurs réclament qu'en médecine, le développement de la personnalité, du professionnalisme et de la «profession» soit encouragé dès la période de formation afin de promouvoir une gestion constructive des erreurs (30;43). Parmi les aspects essentiels dans ce contexte, on peut citer l'importance du dualisme actuellement enseigné entre «correct» et «incorrect», qui nourrit l'idée d'une «hypocompétence» médicale et entrave la légitimité des sentiments d'incertitude et de doute, ainsi que des processus de décision dans les conditions quotidiennes du travail clinique et, donc, de l'acceptation de la faillibilité (29). Il convient de prendre en compte que **les curricula (programmes d'études) formels sont souvent en contradiction directe avec des «hidden curricula» informels.** Cela signifie par exemple que des modules d'enseignement ou des cours sont proposés sur le thème de la sécurité des patients mais que, parallèlement, les collaborateurs révélant ouvertement une erreur sont sanctionnés de manière négative par les collègues, ou encore que l'atmosphère de l'établissement ne permet en aucun cas une telle divulgation (30;43).

Les résultats mettent en évidence que précisément chez les jeunes médecins et les étudiants en médecine, la reconnaissance et l'acceptance de la responsabilité personnelle sont des facteurs déterminants pour le coping et pour l'exploitation constructive de l'expérience de l'erreur et la faculté à en tirer des enseignements (16;42). Parallèlement, l'importance de «la notion de système» – tant au niveau des causes des incidents que de la recherche de solutions et de mesures ayant vocation à réduire le risque – est fréquemment soulignée au sein du mouvement pour la sécurité des patients (44;45). Cette orientation pourrait porter atteinte à l'acceptance de la responsabi-



lité personnelle chez la personne concernée et, en retour, entraver négativement l'enseignement à tirer des erreurs et le changement constructif de comportement. **Un équilibre raisonnable doit donc être trouvé entre la responsabilité individuelle et systémique** (42).

Dans les études mentionnées, les mesures de soutien des collaborateurs ont été fréquemment associées à des systèmes de déclaration des erreurs. Il peut s'agir de hotlines téléphoniques utilisées pour documenter les erreurs, par exemple. Elles jouent par ailleurs le rôle essentiel d'espace d'accueil, offrant la possibilité d'un premier échange informel ou de prestations de soutien complémentaires. Les premières évaluations tendent à montrer que cette approche est prometteuse lorsqu'elle est intégrée dans un vaste concept de sécurité impliquant les modifications requises au niveau de la direction et de la culture d'entreprise.

Les professionnels de la santé sont soumis à un stress considérable du fait des erreurs et incidents médicaux. Les ressources disponibles pour y faire face dépendent non seulement de facteurs individuels, mais également de l'environnement de travail dans lequel ils évoluent. Le soutien constructif au sein de l'établissement revêt une grande importance. **Les offres de soutien peuvent et doivent reposer sur une approche à différents niveaux. A moyen et à long terme, elles doivent, pour être efficaces, être associées à un faisceau de mesures et intégrées dans une stratégie de sécurité.** Il faut néanmoins noter que des changements fondamentalement souhaités par le mouvement pour la sécurité des patients – comme l'exigence de divulgation de l'erreur – peuvent être à l'origine de nouveaux stress. Ces évolutions doivent donc être accompagnées dans un esprit critique et être optimisées dans la perspective de leur incidence sur les collaborateurs concernés. **Les supérieurs hiérarchiques ainsi que la direction médicale et infirmière ont ici un rôle clé à jouer.** Seules ces catégories de personnes, et leur disposition à thématiser ouvertement leurs propres erreurs, et à intégrer leurs expériences

de manière active dans la conduite de leurs collaborateurs, peuvent permettre aux futurs médecins et infirmiers d'accepter l'inéluctabilité de l'erreur et d'apprendre ainsi la difficile tâche qui consiste à la gérer. **Selon toute vraisemblance, pratiquement tous les jeunes, hommes ou femmes, qui débudent aujourd'hui leur activité dans le secteur clinique ou infirmier, seront un jour ou l'autre impliqués dans une erreur sérieuse et seront alors confrontés à des réactions émotionnelles sans doute intenses. Se préparer à ces incidents et apporter un soutien dans cette situation, fait partie des défis auxquels doit faire face le système de soins dans son ensemble, à commencer par ses cadres. Cette démarche relève de leur responsabilité.**

## 5.5 Bibliographie

- (1) Schwappach D, Boluarte T. The emotional impact of medical error involvement on physicians: A call for leadership and organizational accountability. *Swiss Med Weekly* 2008 Oct 24;139(10):9-15.
- (2) von Laue NC, Schwappach DL, Koeck CM. The epidemiology of medical errors: a review of the literature. *Wien Klin Wochenschr* 2003 May 30;115(10):318-25.
- (3) von Laue NC, Schwappach DL, Koeck CM. The epidemiology of preventable adverse drug events: a review of the literature. *Wien Klin Wochenschr* 2003 Jul 15;115(12):407-15.
- (4) Baker GR, Norton PG, Flintoft V, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004 May 25;170(11):1678-86.
- (5) Kopp BJ, Erstad BL, Allen ME, et al. Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit: direct observation approach for detection. *Crit Care Med* 2006 Feb;34(2):415-25.
- (6) Forster AJ, Clark HD, Menard A, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ* 2004 Feb 3;170(3):345-9.
- (7) Thomsen LA, Winterstein AG, Sondergaard B, et al. Systematic review of the incidence and characteristics of preventable adverse drug events in ambulatory care. *Ann Pharmacother* 2007 Sep;41(9):1411-26.
- (8) Dinning C, Branowicki P, O'Neill JB, et al. Chemotherapy Error Reduction: A Multidisciplinary Approach to Create Templated Order Sets. *J Pediatr Oncol Nurs* 2005 Jan 1;22(1):20-30.
- (9) Kaushal R, Shojania KG, Bates DW. Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematic review. *Arch Intern Med* 2003 Jun 23;163(12):1409-16.
- (10) McElhinney J, Heffernan O. Using clinical risk management as a means of enhancing patient safety: the Irish experience. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2003;16(2-3):90-8.
- (11) Delbanco T, Bell SK. Guilty, Afraid, and Alone – Struggling with Medical Error. *N Engl J Med* 2007 Oct 25;357(17):1682-3.
- (12) Kennedy EM, Heard SR. Making mistakes in practice. Developing a consensus statement. *Aust Fam Physician* 2001 Mar;30(3):295-9.
- (13) Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med* 1992 Jul;7(4):424-31.
- (14) Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM. Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Acad Med* 2006 Jan;81(1):86-93.
- (15) Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, et al. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003 Feb 26;289(8):1001-7.
- (16) Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *Qual Saf Health Care* 2003 Jun;12(3):221-6.
- (17) Hobgood C, Hevia A, Tamayo-Sarver JH, et al. The influence of the causes and contexts of medical errors on emergency medicine residents' responses to their errors: an exploration. *Acad Med* 2005 Aug;80(8):758-64.
- (18) Aasland OG, Forde R. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. *Qual Saf Health Care* 2005 Feb 1;14(1):13-7.
- (19) Cunningham W. The immediate and long-term impact on New Zealand doctors who receive patient complaints. *N Z Med J* 2004 Jul 23;117(1198):U972.
- (20) Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Quality Safety* 2007 Aug;33(8):467-76.
- (21) West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 2006 Sep 6;296(9):1071-8.
- (22) Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burn-out and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002 Mar 5;136(5):358-67.
- (23) Mizrahi T. Managing medical mistakes: ideology, insularity and accountability among internists-in-training. *Soc Sci Med* 1984;19(2):135-46.

- 
- (24) Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med* 1996 Feb 1;5(2):71-5.
- (25) Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000 Mar 18;320(7237):745-9.
- (26) Hobgood CD, Ma OJ, Swart GL. Emergency medicine resident errors: identification and educational utilization. *Acad Emerg Med* 2000 Nov;7(11):1317-20.
- (27) Smith ML, Forster HP. Morally managing medical mistakes. *Camb Q Healthc Ethics* 2000;9(1):38-53.
- (28) Penson RT, Svendsen SS, Chabner BA, et al. Medical mistakes: a workshop on personal perspectives. *Oncologist* 2001;6(1):92-9.
- (29) Pilpel D, Schor R, Benbassat J. Barriers to acceptance of medical error: the case for a teaching program (695). *Med Educ* 1998 Jan;32(1):3-7.
- (30) West CP, Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Med Educ* 2007;7:29.
- (31) Goldberg RM, Kuhn G, Andrew LB, Thomas HA, Jr. Coping with medical mistakes and errors in judgment. *Ann Emerg Med* 2002 Mar;39(3):287-92.
- (32) Pierluissi E, Fischer MA, Campbell AR, Landefeld CS. Discussion of medical errors in morbidity and mortality conferences. *JAMA* 2003 Dec 3;290(21):2838-42.
- (33) Coyle YM, Mercer SQ, Murphy-Cullen CL, et al. Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior. *Qual Saf Health Care* 2005 Oct 1;14(5):383-8.
- (34) Wilf-Miron R, Lewenhoff I, Benyamini Z, Aviram A. From aviation to medicine: applying concepts of aviation safety to risk management in ambulatory care. *Qual Saf Health Care* 2003 Feb;12(1):35-9.
- (35) Cohen MM, Kimmel NL, Benage MK, et al. Implementing a hospitalwide patient safety program for cultural change. *Jt Comm J Quality Safety* 2004 Aug;30(8):424-31.
- (36) Eubank DF, Zeckhausen W, Sobelson GA. Converting the stress of medical practice to personal and professional growth: 5 years of experience with a psychodynamic support and supervision group. *J Am Board Fam Pract* 1991 May;4(3):151-7.
- (37) Hebert PC, Levin AV, Robertson G. Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error. *CMAJ* 2001 Feb 20;164(4):509-13.
- (38) Hevia A, Hobgood C. Medical error during residency: to tell or not to tell. *Ann Emerg Med* 2003 Oct;42(4):565-70.
- (39) Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, Studdert DM. Medical errors involving trainees: a study of closed malpractice claims from 5 insurers. *Arch Intern Med* 2007 Oct 22;167(19):2030-6.
- (40) Jones JW, Barge BN, Steffy BD, et al. Stress and medical malpractice: organizational risk assessment and intervention. *J Appl Psychol* 1988 Nov;73(4):727-35.
- (41) Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev* 2007 Jul;32(3):203-12.
- (42) Fischer MA, Mazor KM, Baril J, et al. Learning from mistakes. Factors that influence how students and residents learn from medical errors. *J Gen Intern Med* 2006 May;21(5):419-23.
- (43) West CP, Shanafelt TD. Physician well-being and professionalism. *Minn Med* 2007 Aug;90(8):44-6.
- (44) Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 1994 Dec 21;272(23):1851-7.
- (45) Vincent C. Understanding and responding to adverse events. *N Engl J Med* 2003 Mar 13;348(11):1051-6.

## 6 Concrétisation dans le contexte national

Les ouvrages scientifiques internationaux mettent clairement en évidence le haut potentiel de stress inhérent à toute implication dans une erreur pour les collaborateurs. Ils démontrent également le fait qu'**à la suite d'une erreur, ceux-ci ont besoin d'un soutien pour surmonter la situation et que des mesures doivent être développées et proposées à cette fin**. L'objectif d'un tel soutien doit être de prévenir les répercussions négatives éventuelles – baisse de la qualité de vie, burnout ou développement d'une dépression – d'une part, et d'assurer la qualité des soins et la sécurité du patient d'autre part. **La réduction du stress et l'instauration d'une gestion constructive des erreurs relèvent en priorité de la responsabilité des institutions du système de santé, de leurs directions et de leurs collaborateurs**. A ce jour, cependant, il n'existe pas de solutions standard ni d'interventions reconnues qu'il suffirait d'appliquer pour obtenir une amélioration de la situation des personnes concernées.

La situation et les besoins des collaborateurs impliqués dans des erreurs et les exigences en termes de réactions aux incidents dans l'établissement dépendent considérablement de la culture de ce dernier. Les recommandations concrètes pour la mise en œuvre de mesures internes doivent donc représenter la situation dans les hôpitaux suisses. Etant donné que la littérature internationale fait essentiellement référence à l'expérience de l'espace anglo-américain, de nouvelles connaissances reflétant les besoins des collaborateurs travaillant en Suisse ont été élaborées en complément.

### 6.1 Expérience des professionnels en Suisse

Pour faire le point de la situation actuelle des professionnels exerçant en Suisse, différents focus groups (forme particulière de discussion de groupe) ont été organisés avec des médecins et des infirmiers. L'objectif était de réaliser un état des lieux des besoins de me-

sures de soutien à apporter après une erreur et d'identifier les facteurs qui permettent et favorisent une analyse et une réflexion positives, ainsi que le coping de la situation de stress.

Un bref sondage a été réalisé en ligne en vue de recruter des professionnels pour ces focus groups. A cette fin, onze hôpitaux suisses ont adressé une demande à leurs collaborateurs en août 2008 via l'intranet de leur établissement. Le projet y était brièvement décrit et les collaborateurs étaient invités à participer à l'enquête. Ce courrier d'information a permis d'atteindre quelque 5800 médecins et infirmiers. Seules 143 personnes (2%) ont répondu à toutes les questions. Parmi elles, 90% ont indiqué avoir de l'expérience dans la gestion des situations faisant suite à des incidents et un pourcentage minime était prêt à participer à un focus group. Les infirmiers étaient quatre fois plus nombreux à accepter d'y participer que les médecins (OR=4.54, 95%CI 1.20-17.08; p=0.025). L'implication dans une erreur significative ayant entraîné un dommage pour le patient a été le facteur le plus déterminant pour la disposition à s'associer à un focus group (OR=6.45, 95%CI 1.30-32.02; p=0.023). Ces aspects doivent être pris en compte lors de l'évaluation et de l'interprétation des résultats.

En définitive, trois focus groups ont pu être organisés. Ils étaient composés respectivement de sept médecins, de deux groupes de six et resp. cinq infirmiers. Les groupes étaient dirigés par un sociologue disposant de longues années d'expérience dans la modération et l'évaluation qualitative de ce type de discussions. Tous les participants ont donné leur accord écrit pour une évaluation anonyme des données. Les propos tenus ont fait l'objet d'un enregistrement numérique suivi d'une analyse. Les résultats sont documentés sous forme résumée ci-après et contiennent des citations représentatives des participants à titre d'illustrations.

---

## Messages clés des focus groups

---

### Question concernant la gestion des erreurs et des incidents dans l'établissement (généralités)

---

#### Médecins

- Dépend de l'hôpital concerné et de la composition de l'équipe
- Manque de soutien sur le plan professionnel pratique et émotionnel
- Evolution perceptible dans la gestion professionnelle pratique des erreurs depuis environ 10 ans – pas d'évolution concernant la gestion émotionnelle
- En comparaison avec le R.U., une erreur est encore considérée comme la faute d'un individu en Suisse
- Existence de CIRS, mais manque d'espaces institutionnels pour le niveau émotionnel

#### Infirmiers

- Dépend de la personne et du type d'erreur commise
- De manière générale, gestion plus ouverte au sein du personnel infirmier que chez les médecins (gestion informelle au sein de l'équipe)
- Jugement critique à l'égard du processus de déclaration des erreurs des médecins
- Comportement dépréciatif de la part des médecins à l'égard des personnels infirmiers avec un nombre élevé de déclarations
- Erreurs dans le CIRS, voire même accusations des médecins à l'égard des personnels infirmiers

---

*«Je pense tout simplement qu'il faut aborder les deux aspects. Il ne suffit pas de parler des faits concrets si l'on fait le silence sur la composante émotionnelle. Malheureusement, nous n'en sommes pas encore là.»*

---

### Question concernant le comportement concret des collègues et des supérieurs à l'égard du collaborateur/collègue «concerné», après une erreur

---

#### Médecins

- Dépend très fortement des caractéristiques personnelles de la personne «concernée»
- En cas d'erreur, les médecins-assistants sont «catalogués» ou deviennent des «boucs émissaires» – pas de solidarité entre collègues
- Expression de la réprobation concernant la réaction des collègues qui parlent du collègue concerné «derrière son dos».
- Rapport d'un collègue ayant fait état d'un organisme institutionnalisé externe, spécialisé dans le traitement des traumatismes psychiques

#### Infirmiers

- Soutien particulier accordé aux nouveaux ou aux jeunes collaborateurs au sein du personnel soignant, et mention du fait que de telles erreurs ont déjà été commises ou auraient pu être commises par les anciens
- Les personnels infirmiers ayant de l'expérience laissent le collègue qui a commis une erreur venir vers eux et ne l'abordent pas de manière active → le collègue cherche lui-même une personne de confiance
- Différence importante dans la gestion des erreurs entre les médecins et les personnels infirmiers. Ces derniers se sentent à un niveau hiérarchique inférieur aux médecins. Les médecins dissimulent leurs erreurs → les personnels soignants en parlent
- Lorsque les médecins abordent la question des erreurs, ils le font toujours sur un plan concret pour en analyser les causes éventuelles – ils ne le font jamais sur un plan émotionnel

---

*«Ici, il manque un espace où il serait possible de discuter des problèmes. Les conversations sur de tels sujets sont plutôt le fruit du hasard, notamment sous l'angle des personnes qui y participent et peuvent discuter sur un plan émotionnel.»*

---

*«J'ai parlé au sein de l'équipe et cela n'a pas posé de problème, ensuite, nous sommes allés voir la direction et les médecins (...)»*

---

### Question concernant le vécu personnel. Question concernant une erreur que l'on a soi-même commise

---

#### Médecins

- Sentiment de culpabilité
- Nuits sans sommeil
- Situation ressentie comme particulièrement difficile à supporter

#### Infirmiers

- Perturbation importante de l'état général
  - Moments de choc et réactions végétatives intenses (troubles du sommeil)
  - Sentiment de culpabilité, honte
  - Doute à l'égard de soi-même, sentiment d'incompétence
- 

*«Cela m'a poursuivi très longtemps. C'est une chose qui dure aujourd'hui encore.»*

*«J'ai eu une poussée magistrale d'adrénaline, je n'ai cessé de m'activer, faire une chose puis une autre, et puis après, je me suis assis. Et alors, plus rien! Je ne pouvais quasiment plus me lever. Je ne ressentais plus rien. J'étais comme anesthésié, paralysé. Alors je suis resté assis, sans pouvoir bouger. Je ne faisais que trembler, je ne pouvais même plus rien dire.»*

*«J'ai pensé, c'en est fini de moi. Je vais sombrer dans un trou, j'ai donné une dose de médicament trente fois supérieure à ce que je devais et j'ai pensé: «Je n'arriverai pas à supporter!» J'ai pensé que le sol allait s'ouvrir sous mes pieds. C'est le sentiment que j'avais. Lorsque j'ai compris quelle était l'erreur, je me suis dit: «Ce n'est pas possible, ce n'est pas possible, ce n'est pas possible!» (...)*

*«Je crois que le sentiment de honte, c'est un sentiment qui est tellement fort. Ne pas se sentir à la hauteur. L'incompétence aussi, peut-être. Mais je crois que la honte, c'est le pire à surmonter dans tout cela ...»*

---

### Question concernant le comportement à l'égard des collègues et le comportement des collègues à l'égard de soi.

---

#### Médecins

- Le comportement dépend pour beaucoup de la relation de confiance personnelle à l'égard du supérieur et des collègues
- Forte rationalisation de l'erreur pour la compréhension concrète et la gestion de l'erreur
- Lorsque des supérieurs sont impliqués dans l'erreur, il est difficile de parler par peur des sanctions

#### Infirmiers

- Réactions compréhensives, compatissantes à l'égard du collègue «concerné»
  - Expérience d'un bon soutien par un collègue médecin
- 

*«Cela m'est déjà arrivé. On leur apporte une sorte de soutien en déclarant que cela nous est déjà arrivé (...).»*

---



---

## Question concernant les réactions positives ou négatives face à une erreur dans l'établissement

---

### Médecins

- Soutien de supérieurs hiérarchiques qui donnent l'exemple de la compréhension inhérente à une culture de la sécurité
- Médecin-assistant «catalogué comme le dernier maillon de la hiérarchie»

### Infirmiers

- Manifestation de réactions négatives (commérages, médisance dans le dos de la personne, moquerie)
- Du fait du manque de personnel, peu de possibilités d'offrir un «temps d'arrêt» à la personne concernée

---

*«J'ai trouvé cela triste qu'il y en ait un qui doit payer les pots cassés. Tout l'établissement en a eu connaissance et je ne trouve pas ça bien.»*

---

## Question concernant la forme de soutien souhaitée dans l'établissement

- de la part des collègues et des autres professions
  - de la part des supérieurs hiérarchiques
  - de la part de la direction de l'hôpital
  - de la part d'autres institutions neutres/externes
- 

### Médecins

- Existence d'un espace pour les aspects émotionnels
- Interlocuteurs externes, indépendants pour les incidents impliquant des supérieurs hiérarchiques
- L'analyse concrète du cas devrait être au premier plan
- La réaction entre collègues ne doit pas reposer sur des proches
- Divulgence de l'erreur souhaitée lorsque les collègues peuvent en tirer des enseignements
- Caractère facultatif de l'offre
- Gestion dans un esprit d'ouverture et de confiance

### Infirmiers

- Sentiment d'être pris au sérieux
- Réflexion/analyse concrète de l'erreur dans l'optique de l'élaboration de processus d'amélioration
- Souhait de davantage de soutien, de compréhension, d'empathie de la part des supérieurs hiérarchiques
- Pas d'accusations
- Pas de souhait que la direction de l'hôpital soit impliquée
- Offre d'un espace/interlocuteur neutre
- Caractère facultatif de l'offre

---

*«Dès lors que le niveau hiérarchique supérieur est concerné, cela devient très difficile. Il faut un interlocuteur externe lorsqu'une erreur se produit entre un subordonné et un supérieur.»*

*«Qu'on puisse se décharger de tout dans un espace neutre, que cela n'ait rien à voir avec le service. Cela serait super, ou alors d'avoir une personne de confiance à l'hôpital, comme un superviseur ou un médiateur (...), où il n'y aurait pas de conséquences graves, où l'on pourrait simplement aller et laisser libre cours à ses émotions, surtout à l'égard des autres ...»*

---

### Question concernant la recherche active d'échange de la part d'un supérieur après une erreur, ou la possibilité d'aborder soi-même le problème avec quelqu'un

---

#### Médecins

- Attente à l'égard du supérieur: qu'il aborde de lui-même les erreurs avec les collaborateurs et qu'il soit présent pour eux lorsqu'ils souhaitent l'informer d'une erreur commise
- Souhait que non seulement le supérieur hiérarchique aborde activement la question de l'erreur commise, mais également les collègues

#### Infirmiers

- Si l'on remarque soi-même l'erreur, pas de souhait que les collègues et le supérieur abordent activement cette question
- Si en revanche l'erreur n'est pas remarquée, souhait que les collègues et le supérieur hiérarchique abordent cette question
- Prise en compte de l'importance de l'erreur commise

---

*«La communication devrait être possible dans toutes les directions – indépendamment de la hiérarchie.»*

---

### Question concernant les recommandations destinées aux collègues concernés, sur la manière dont ils doivent gérer l'erreur au sein de l'établissement

---

#### Médecins

- Admettre ses erreurs, communiquer de manière franche afin que les autres puissent en tirer des enseignements
- Intervention d'une personne de confiance
- Recours à des interlocuteurs externes neutres, dans la mesure où ils existent

#### Infirmiers

- Communication ouverte
- Echange avec une personne de référence avec laquelle existe une relation de confiance
- Sensibilisation des jeunes collègues au fait que nul n'est infaillible
- Exploiter les occasions de tirer des enseignements des erreurs

### Question concernant les recommandations destinées aux supérieurs hiérarchiques sur la manière dont ils doivent se comporter avec les collaborateurs «concernés»

---

#### Médecins

- Les supérieurs hiérarchiques doivent clairement montrer que les collaborateurs peuvent s'adresser à eux en toute confiance
- Les supérieurs hiérarchiques doivent également donner à comprendre que l'on peut s'adresser à eux pour des problèmes émotionnels

#### Infirmiers

- Analyse systémique de l'erreur, pas d'accusations à l'égard du collaborateur
- Gestion discrète par les supérieurs hiérarchiques, qui devraient s'enquérir de l'état personnel du collaborateur

---

*«Il faudrait tout simplement davantage de compréhension et de soutien. Qu'on vous demande: 'que s'est-il passé ou comment cela s'est-il passé? Dis-moi comment tu vois les choses. Il n'y a eu que des reproches. Ce que j'attendais, c'est qu'on me dise: 'Viens, on va en discuter tous les deux.' (...)'»*

---

---

## Question concernant les changements/mesures souhaités au sein de l'établissement susceptibles de contribuer à orienter la gestion des erreurs positivement

---

### Médecins

- Cours de coaching ou de gestion des erreurs après la formation de médecin-assistant
- Evaluation incluant la gestion des erreurs dans le certificat FMH
- Souhait d'un changement de culture
- Cours obligatoires de coaching
- Pas d'esprit étriqué

### Infirmiers

- Tenue systématique d'un CIRS et plus grande intégration des médecins
- Communication ouverte et directe
- Amélioration interdisciplinaire de la gestion des erreurs et intégration de cette gestion en réseau
- Modification de la culture de l'erreur
- Thématisation de la gestion des erreurs dès la formation de base

---

*«Je souhaiterais davantage de respect dès lors que je signale une erreur. Il y a tant de prescriptions qui sont mal remplies ou tout simplement des erreurs. Et lorsqu'on les signale, voilà ce que l'on entend: <Oui, oui, je corrigerai cela tout à l'heure.> Et c'est tout. Les gens sont sur la défensive: la petite soignante m'a dit cela, pendant deux jours, elle va être désagréable et ne me parlera pas. Cette question de hiérarchie, je la trouve vraiment très marquée.»*

---

## Question concernant l'organisation de cours communs ou séparés pour les médecins et les infirmiers

---

### Médecins

- Cours séparés
- La question de l'organisation séparée dépend de l'organisation du travail, selon qu'il s'effectue en équipe ou non

### Infirmiers

- Enseignement commun

Bien entendu, ces déclarations ne peuvent être considérées comme représentatives de la situation de la totalité des collaborateurs travaillant dans les hôpitaux suisses. Néanmoins, ces focus groups ont fait ressortir de nouveaux aspects et de nouvelles pondérations qui doivent être pris en compte pour l'élaboration de mesures concrètes. Ainsi peut-on constater des déficits essentiellement dans la gestion de la *situation émotionnelle* des collaborateurs concernés par une erreur. Sur le plan technique, la communication sur les erreurs et les événements indésirables au sein de l'établissement tend à s'implanter. Une évolution positive est perçue dans ce domaine ces dernières années. Les réactions émotionnelles à ses propres erreurs ont été perçues de manière aussi dramatique que dans la littérature scientifique. Des différences significatives sont en outre apparues entre les catégories professionnelles, tant dans la gestion des erreurs au sein de

l'équipe et dans l'environnement direct que dans l'évaluation par les hiérarchies de leur importance dans l'optique de la culture de la sécurité. Les médecins en particulier soulignent le caractère aléatoire de la réaction positive des collègues et supérieurs dans leur environnement, celle-ci dépendant fortement des personnalités impliquées. Les infirmiers font en revanche beaucoup référence à la situation «au sein de l'équipe» et ont plus tendance à se sentir protégés au sein d'une communauté. Contrairement à eux, les médecins ont développé l'idée de faire de la culture de la gestion de l'erreur et de la conduite des collaborateurs après une erreur, une condition formelle à certaines étapes spécifiques de la carrière professionnelle (p. ex. formation de médecin-chef). Les deux catégories professionnelles ont eu en commun de souligner la nécessité du caractère facultatif de mesures éventuelles (cours, discussions, analyses de cas, etc.).

## 7 Les erreurs médicales d'un point de vue socio-psychologique

A ce jour, il n'existe aucun modèle psychologique susceptible d'expliquer de manière uniforme les réactions individuelles de coping des auteurs d'erreurs médicales<sup>4</sup> («second victims»), ni celles se manifestant au sein de leur système social. Des modèles théoriques sont utilisés parfois pour présenter certains aspects isolés du contexte des erreurs (p. ex. théorie systémique, sciences cognitives). Les études sur les «second victims» issues de la revue bibliographique décrivent en général les réactions dans un simple rapport de cause à effet, sans qu'elles soient intégrées dans des modèles ou théories psychologiques explicites. Il est intéressant de savoir pourquoi il en est ainsi. De notre point de vue, il existe néanmoins deux raisons pour lesquelles il est avisé de connaître et de recourir à des modèles théoriques qui contribueront à décrire les réactions psychologiques types et les répercussions des erreurs médicales afin:

1. de définir son propre point de vue («si je considère la chose de ce point de vue, je constate que») et
2. de disposer de bases de réflexion communes.

Nous allons tenter d'exposer ci-après quelques modèles et théories relevant de la psychologie sociale qui nous paraissent intéressants du point de vue de la problématique de la deuxième victime. Nous décrirons les réactions psychologiques de coping ainsi que les répercussions possibles d'une erreur chez son auteur et

au sein de l'équipe, puis nous examinerons les possibilités d'intervention et les facteurs de prévention. Ce chapitre est structuré de la manière suivante:

- L'erreur en tant que dysfonctionnement d'un processus
- Réaction individuelle de coping de l'auteur (second victim)
- Interventions à l'égard de l'auteur de l'erreur et mesures préventives
- Réaction de coping de l'équipe
- Interventions à l'égard de l'équipe et mesures préventives
- Implications pour les supérieurs hiérarchiques

Les principaux éléments des théories appliquées à la problématique de la seconde victime sont décrits ci-après au fil du texte. Les encadrés décrivent certains principes ou aspects spécifiques des modèles que nous n'avons pas intégrés dans le texte courant pour des raisons de lisibilité.

### 7.1 L'erreur en tant que dysfonctionnement d'un processus

Lorsqu'une erreur médicale survient et qu'elle est identifiée comme telle par l'équipe, **il se produit une interruption ou un dysfonctionnement d'un processus**. Face à une erreur, son auteur et l'équipe réagissent par un stress qui dépend de l'étendue de cet événement, du dommage causé et des ressources individuelles disponibles pour le gérer. **Le sentiment de solidarité (de cohésion) au sein de la dynamique de l'équipe peut être menacé par l'erreur. Mais le sentiment de cohérence (d'harmonie intérieure) de l'auteur de l'erreur peut être lui aussi remis en cause (cf. fig. 1). Du point de vue de la psychologie du travail, l'objectif pour l'auteur tout comme pour l'équipe est de retrouver sa capacité d'action**. Les facteurs psychologiques requis pour la recouvrer peuvent être classés en deux catégories: le coping individuel de l'auteur et le coping du système social ou de l'équipe médicale (Prof. Theo Wehner, Centre des sciences de l'organisation et du travail, EPF Zurich, Communication personnelle). Nous n'aborderons pas ici les autres domaines affectés par l'erreur comme, par exemple, le système technique. (cf. Fig. 6)

<sup>4</sup> Par «auteur d'une erreur» ou simplement «auteur», on entend la personne qui, dans le cadre de son activité, a «commis» ou vécu une erreur et qui est donc potentiellement une seconde victime. La notion d'«auteur de l'erreur» est problématique, dans la mesure où elle implique que la personne ait joué un rôle prépondérant dans sa survenue et que cela aille à l'encontre de l'examen systémique des causes (selon le point de vue systémique, la personne commet certes l'erreur, mais les causes se situent dans le système). Néanmoins, nous optons ici pour ce terme, car il est permis la description des modèles socio-psychologiques. D'usage général, il correspond surtout au vécu de l'individu et de l'équipe après une erreur, ce qui est l'aspect déterminant dans notre contexte.

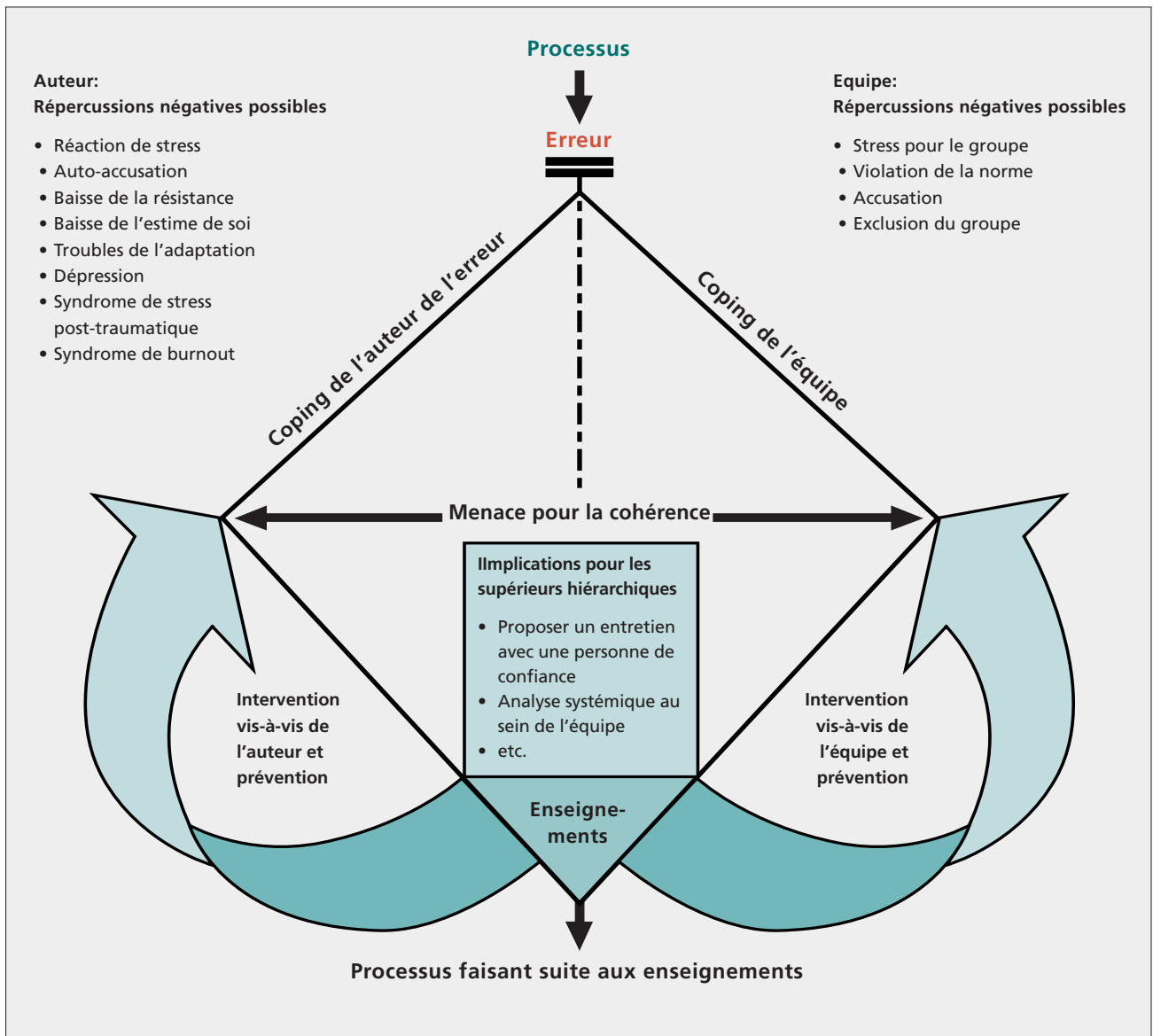


Fig. 6: Menace pour la cohérence, chez l'auteur et l'équipe, après un incident, et intervention de la direction auprès de l'individu et de l'équipe

## 7.2 Réaction individuelle de coping chez l'auteur de l'erreur

Après avoir perçu l'un de ses actes comme une erreur, l'auteur de celle-ci (plusieurs personnes peuvent aussi être impliquées directement ou indirectement) est, pour le moins, atteint dans son estime personnelle («je voulais en fait soulager le patient»). Généralement, **l'auteur** n'est pas victime uniquement de cette blessure, mais **développe une souffrance s'accompagnant de symptômes psychopathologiques qui dépendent de son aptitude à gérer le stress et de la portée de l'erreur**. En termes d'intensité, ces symptômes peuvent correspondre à ceux de la catégorie psychiatrique des troubles de l'adaptation

(cf. encadré 1, page 44). Les plus fréquents sont sans aucun doute l'insomnie, l'agitation, ainsi que certains états dépressifs tels que l'abattement, qui peuvent déboucher sur une dépression. Dans les cas les plus sévères, on pourra voir apparaître un trouble de stress post-traumatique (PTSD) qui persistera à long terme. Dans les ouvrages spécialisés, il est souvent question, chez les secondes victimes, de syndrome de burnout. La définition de ce dernier n'est pas homogène et ne figure pas en tant que diagnostic principal dans le contexte psychiatrique (cf. encadré 1, page 44).

Encadré 1:

**Troubles de l'adaptation – Dépression – Etat de stress post-traumatique – Syndrome de burnout****Troubles de l'adaptation (ICD-10: F43.2)**

Etat de détresse et de perturbation émotionnelle entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un événement stressant. Les manifestations, variables, comprennent une humeur dépressive, une anxiété ou une inquiétude (ou l'association de ces troubles) (1).

**Episodes dépressifs (CIM-10: F32)**

Le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères (1).

**Etat de stress post-traumatique (CIM-10: F43.1)**

Ce trouble constitue une réponse différée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique dans des souvenirs envahissants («flash-backs»), des rêves ou cauchemars; ils surviennent dans un contexte durable «d'anesthésie psychique» et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de «qui-vive» et insomnie (1).

**Syndrome de burnout (CIM-10: Z73.0)**

Il n'existe pas de définition homogène du syndrome de burnout. Dans la CIM-10, ce syndrome est classé sous «surmenage» et «état d'épuisement», comme facteur influant sur l'état de santé dans les diagnostics supplémentaires (1). Dans le DSM IV, il ne figure pas en tant que diagnostic. Selon le Pschyrembel, le syndrome de burnout est un état d'épuisement émotionnel profond et de baisse de productivité que l'on peut qualifier d'état final d'une évolution linéaire débutant par un enthousiasme idéaliste et aboutissant après des événements frustrants à une désillusion et une apathie, des affections psychosomatiques, la dépression ou l'agressivité et un risque accru de dépendance (2). La théorie la plus connue du burnout a été élaborée par la psychologue Christina Maslach. Elle résume les phases du syndrome de burnout par les notions suivantes: épuisement émotionnel, diminution de la productivité personnelle et dépersonnalisation. Pour cette dernière, les personnes concernées se plaignent d'un sentiment de détachement, de n'«être pas vraiment ici», ce qui se traduit par exemple par l'impression que leurs sensations et leur perception interne sont irréelles, étranges, désagréables, perdues (1). La dépersonnalisation peut être associée à un sentiment d'insensibilité émotionnelle, de modification du fonctionnement de l'organisme, des processus de mémorisation ou des processus mentaux, à une altération de la perception visuelle, à un sentiment d'automatisation ou de robotisation de ses propres mouvements, etc. Dans les ouvrages sur la seconde victime, la dépersonnalisation est fréquemment mentionnée, mais elle n'est pas spécifique et peut par exemple apparaître chez les personnes en bonne santé en cas de manque de sommeil, de même que dans le cadre d'un grand nombre d'affections psychiatriques. Un questionnaire, le Maslach Burnout Inventory (MBI), est souvent utilisé comme instrument pour identifier un syndrome de burnout (3).

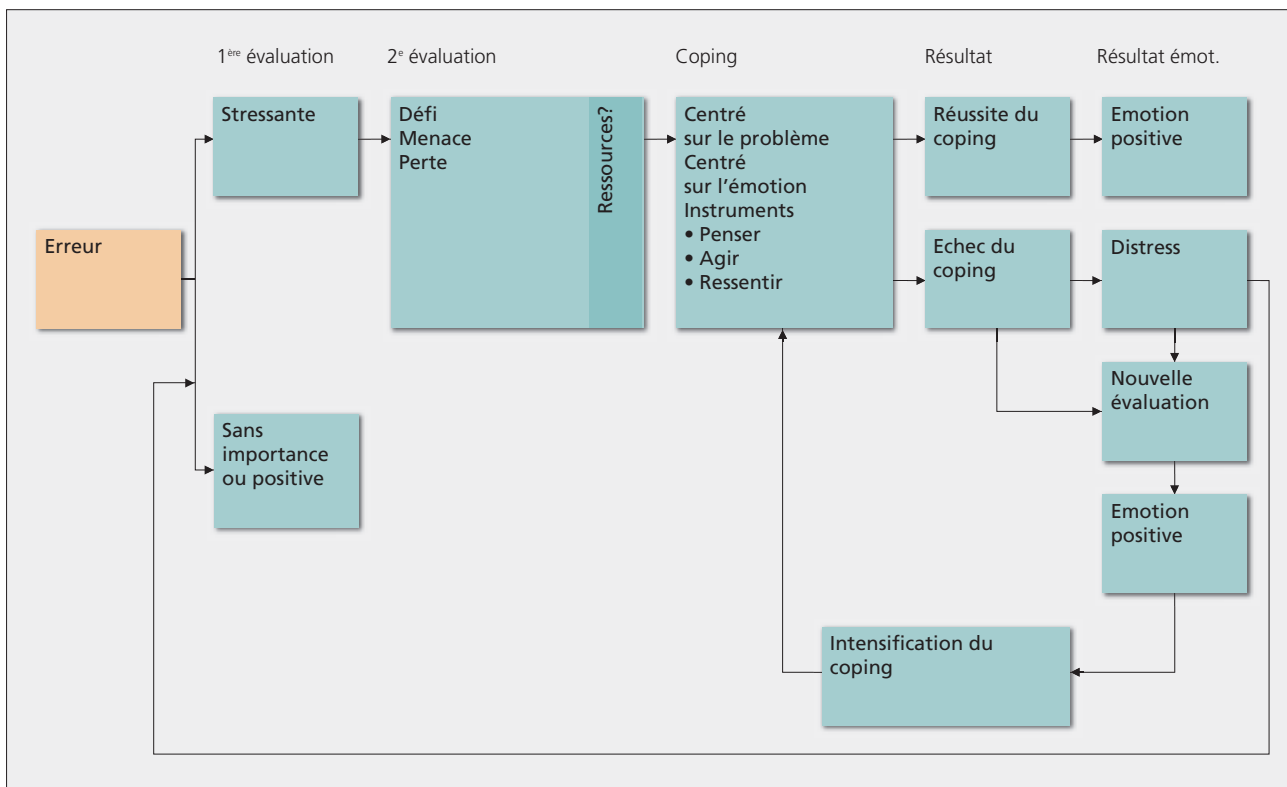


Fig. 7: Modèle de stress selon Lazarus et Folkman, modifié selon Folkman (5)

### Modèle de stress de Lazarus et Folkman – «L’erreur génère du stress»

D’un point de vue psychologique, une erreur est un événement stressant dont la maîtrise mobilise les ressources de la personne. Lorsque celle-ci s’aperçoit qu’elle en a commis une, elle vit une réaction de stress<sup>5</sup>, qui peut être représentée par le modèle de stress de Lazarus et Folkman (cf. Fig. 7) (4):

C’est tout d’abord un processus d’évaluation à deux niveaux qui se déroule chez l’auteur de l’erreur. Dans un premier temps, il évalue s’il s’agit bien d’une situation de stress et si elle est positive ou sans importance. Dans un second temps, il l’évalue de manière subjective comme un défi pouvant être relevé, comme une menace ou déjà comme une perte et ce, en fonction de ses propres ressources et de l’étendue de l’erreur (cf. encadré 2).

Lors de la mise en œuvre de la stratégie de coping, tous les mécanismes disponibles (*penser, agir, ressentir*) sont mobilisés pour maîtriser à proprement parler le problème. (cf. encadré 3, page 46)

Encadré 2:

#### Exemples de la 2<sup>e</sup> étape d’évaluation: Défi – Menace – Perte

- **Défi** – Une erreur a été commise sans qu’il en ait, jusque-là, résulté de conséquences négatives (un médicament erroné a été prescrit, mais n’a pas encore été ingéré par le patient).
- **Menace** – Un événement indésirable s’est produit, mais des mesures peuvent être prises pour essayer d’éviter les dommages (le patient présente une réaction indésirable après administration d’un médicament erroné).
- **Perte** – Le préjudice est déjà existant (incision pratiquée au mauvais endroit lors d’une opération).

<sup>5</sup> D’un point de vue psychologique, le **stress** est une interaction avec l’environnement qui est jugée importante par l’individu dans l’optique de son état de santé et qui lui impose des exigences mobilisant ses possibilités d’adaptation ou les dépassant (20).

Encadré 3:

**Formes de coping spécifiques et exemples:**

Extrait des Berner Bewältigungsformen (formes de coping) et exemples (6)

**Penser**

Analyse du problème: «L'erreur a été rationalisée.»

Penser à autre chose: «On a fait comme si de rien n'était et on est passé à l'ordre du jour.»

Relativiser: «On m'a dit que ce n'était pas si grave et que cela arrivait un jour ou l'autre à tout le monde.»

Donner un sens: «J'ai appris beaucoup grâce à cette erreur, je suis devenu un meilleur médecin.»

**Agir**

Agir pour éliminer l'erreur: «J'ai essayé de résoudre le problème.»

Eviter de manière active: «Au cours des semaines qui ont suivi, j'ai essayé de ne plus être affecté aux urgences.»

Se concentrer sur la détente: «J'ai pris des vacances pour calmer le stress.»

Retrait (social): «Je ne voulais parler à personne.»

**Ressentir**

Accuser: «Les médecins-assistants sont considérés comme des boucs émissaires/les médecins accusent le personnel de soins.»

Auto-accusation: «Je me sentais fautif et incompetent.»

Résignation: «Je me suis demandé si je ne devais pas abandonner mon métier.»

Optimisme: «J'étais confiant dans le fait que je pouvais tirer un enseignement de mon erreur.»

Ruminer: «Je ne cessais de penser à l'incident et je me reprochais de ne pas avoir agi autrement.»

On a réussi à surmonter un événement lorsque les mécanismes mis en œuvre à cette fin ont permis de résoudre ou d'améliorer le problème (coping centré sur le problème) et lorsque le stress émotionnel a disparu (coping centré sur l'émotion).

Concernant le *coping centré sur le problème*, la personne concernée cherche à réduire ou éliminer la menace. Si l'erreur s'est déjà produite, elle tente de prévenir d'autres dommages. Si cela n'est pas possible, elle essaie de comprendre ce qui s'est passé, comment cela aurait pu être évité et ce qui pourrait être modifié à l'avenir. Par le *coping centré sur l'émotion*, la personne cherche à apaiser les sentiments désagréables, la crainte, la honte, le deuil et ce, par la détente, des calmants ou d'autres moyens.

Selon Lazarus et Folkman, on ne peut prédire le mécanisme susceptible d'apporter le bénéfice souhaité à une personne (cf. encadré 3 pour les formes de coping possibles). Lazarus souligne également qu'il n'existe pas de bons ou de mauvais mécanismes de coping. **Un mécanisme qui donnera un résultat**

**positif et réduira la réaction de stress dans un contexte pourra être sans effet dans un autre. Toutefois, la preuve a pu être apportée que la mise en œuvre chronique de stratégies d'évitement est davantage associée à un mauvais ajustement de la personne que les stratégies de coping centrées sur les émotions dans lesquelles la personne affronte ces dernières (7).**

Dès lors que la stratégie de coping est fructueuse, elle se traduit par une expérience positive et une reprise de la capacité (modifiée) à agir. Lorsqu'elle échoue, le stress persiste et le mécanisme de gestion du stress recommence depuis le début. Si, après un échec, la personne réussit à réévaluer l'incident à l'origine du stress, par exemple par une analyse du problème, cette démarche pourra également déboucher sur une émotion positive et par la suite sur une intensification des processus de coping.

Une étude de Scott et al. sur l'expérience des secondes victimes a mis en évidence six phases que celles-ci traversent lors du processus de coping (8). Bien que cette



étude ne repose pas sur un modèle psychologique comme le modèle du stress, elle permet, sur la base des déclarations des secondes victimes, de rattacher certains mécanismes de coping à ces différentes phases (cf. encadré 4).

La première phase correspond plutôt à un coping centré sur le problème, reposant sur la confrontation à l'erreur ou sur la délégation de cette confrontation à un tiers, s'accompagnant d'une restriction cognitive. Les phases 2, 3 et 4 sont marquées par l'analyse du problème, les auto-accusations, le repli sur soi avec développement de symptômes psychosomatiques. La phase 5 est celle de l'aide émotionnelle d'urgence qui peut représenter un tournant dans le processus. Du point de vue du coping, une nouvelle analyse de l'erreur a alors lieu («que s'est-il passé, pourquoi ai-je agi comme j'ai agi?»), mais cette fois, son auteur bénéficie d'un soutien social. Au cours de la phase 6, une évolution positive incluant optimisme et acquisition de sens peut, selon les ressources internes et le soutien externe dont bénéficie la personne, déboucher sur un dépassement de la situation. Toutefois, une évolution moins favorable, avec des phénomènes de rumination et même de résignation pouvant mener à l'abandon de la profession, est également envisageable.

### Implications pour les supérieurs hiérarchiques:

*Quels enseignements peut-on tirer du modèle de stress de Lazarus et Folkman concernant la problématique de la seconde victime? De notre point de vue, il est essentiel, pour les supérieurs hiérarchiques, de prendre en compte qu'une erreur peut s'accompagner, chez son auteur, d'une réaction de stress importante qui va activer ses mécanismes de coping. En votre qualité de supérieur hiérarchique, mettez à disposition les ressources nécessaires à une démarche de maîtrise active. Celle-ci doit inclure des stratégies de coping centrées à la fois sur le problème et sur les émotions. L'échec en la matière génère un stress négatif (distress) qui, lorsqu'il perdure, s'accompagne de l'apparition d'affections psychiques, mais également somatiques – avec toutes les répercussions que cela comporte pour la productivité et la performance du collaborateur!*

## 7.3 Intervention à l'égard de l'auteur de l'erreur et mesures préventives

### 7.3.1 Intervention sous forme d'offres d'entretien – «Dans les situations de crise, parler fait du bien»

Quelles sont les interventions avisées permettant, après une erreur, d'offrir un soutien à une seconde victime potentielle qui présente un début de réaction de stress? Pour répondre à cette question, nous allons en premier lieu nous tourner à nouveau vers l'étude précédemment mentionnée de Scott et al. (8–9), car elle fournit des approches concrètes essentielles pour la gestion des secondes victimes. Dans cette étude, les secondes victimes ont été interrogées sur les structures de soutien dont elles souhaiteraient disposer. Sur la base des indications fournies (encadré 5), une offre d'intervention en 3 phases, dans laquelle l'entretien joue un rôle clé, a été élaborée et mise en œuvre. Des interventions tant au niveau systémique qu'au niveau de l'équipe y sont également citées; nous les examinerons en détail dans les paragraphes correspondants. **Dans une première phase, un membre de l'équipe propose une aide émotionnelle d'urgence à la seconde victime potentielle et s'enquiert de son état («Ça va?»).** Une courte pause est proposée juste après l'événement, pour lui permettre de rassembler ses esprits. **Dans une deuxième phase, des cadres formés à la communication proposent une aide d'intervention de crise.** Le récit de l'incident, la

Encadré 4:

#### Six phases de maîtrise chez les secondes victimes (8)

Phase	Caractéristique
1) Chaos et réaction immédiate	Etre bouleversé Chercher de l'aide
2) Souvenir envahissant	Eprouver un sentiment d'insuffisance S'auto-isoler
3) Restauration de l'intégrité personnelle	Résister à la crainte et aux rumeurs
4) Résistance à l'inquisition	Se confronter aux collaborateurs, au patient, aux proches
5) Aide émotionnelle d'urgence	Recevoir de l'aide Craindre un procès
6) Marche en avant <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grandir</li> <li>• Survivre</li> <li>• Quitter</li> </ul>	Envisager une nouvelle perspective Fonctionner Changer de département

Encadré 5:

**Structures de soutien souhaitées (9)**

1. **Proposer** une brève interruption ou une **pause**, pour permettre à la personne de rassembler ses esprits et de se calmer.
2. **Garantir une culture** sûre et **juste**, exempte de toute accusation.
3. **Former du personnel clinique** à l'étude des préjudices résultant d'un événement indésirable, l'informer du phénomène de la seconde victime et des réseaux de soutien existants.
4. Garantir la **gestion ultérieure systématique** de l'événement, incluant une analyse objective et exhaustive du cas, ainsi que la possibilité d'un feedback et d'une réflexion sur le traitement du patient.
5. Veiller à ce qu'une **équipe de soutien soit disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7**.
6. **Assurer un suivi prévisible** des secondes victimes après une erreur.
7. Veillez à ce que le **soutien reste totalement confidentiel**.
8. **Mettre un soutien individuel** à disposition, en fonction des besoins.

stratégie de coping et l'activation des ressources de la personne concernée figurent au premier plan. **Si tout cela reste sans résultat, il est fait appel à un professionnel externe (un psychiatre, par exemple).** (cf. encadré 5)

Mis en pratique au Missouri (Etats-Unis), le concept décrit ci-dessus constitue un exemple d'intervention possible après une erreur et en cas de suspicion de développement des symptômes types de la seconde victime. Les autres formes d'interventions susceptibles d'apporter une aide pour rétablir ou maintenir l'équilibre psychique après un événement stressant relèvent du vaste domaine de recherche sur la thérapie par la parole que nous n'examinerons pas plus en détail ici.

Il existe en psychologie du travail des études prenant en compte non seulement le dialogue classique mais également d'autres formes d'entretiens (10). Selon Wehner, **le récit de l'événement est l'élément le plus important dans la stratégie de coping du stress après une erreur.** Ce récit peut s'effectuer dans le cadre d'un «monologue», d'une «dyade» ou d'une «triade» (Prof. Theo Wehner, communication personnelle).

*Monologue:* dans le monologue, l'auteur de l'erreur inscrit les événements qui se sont produits dans ce contexte avec la plus grande précision possible. Cette réflexion, à la manière d'un journal intime, lui permet de répondre plus clairement aux questions de type «que s'est-il passé?», «comment cela s'est-il produit?», «qu'aurais-je pu faire autrement?». La rédac-

tion de l'événement peut présenter un intérêt thérapeutique, mais également servir de «mémo» pour la poursuite de l'analyse de l'erreur. A cette fin, elle est recommandée par les médecins légistes, les spécialistes du droit de la santé et les spécialistes en analyses d'erreurs systémiques, de même que par la Fondation (11).

*Dyade:* dans l'entretien en dyade, l'auteur de l'erreur raconte l'incident à une personne de confiance. C'est notamment le cas dans le cadre des débriefings après des événements stressants (12). Selon Wehner, il est essentiel, après une erreur, que son auteur puisse choisir lui-même un interlocuteur et ne soit pas contraint d'accepter une personne qui lui est imposée (un supérieur hiérarchique ou un délégué à la gestion des crises). La mission de la personne de confiance est d'offrir un soutien social à l'auteur de l'erreur (cf. ci-dessous).

*Triade:* l'entretien en triade réunit trois personnes: l'auteur de l'erreur, une personne de confiance et un modérateur externe neutre, dit «naïf» (10). La tâche du modérateur est de remettre en question des processus ou des normes qui ne l'ont pas été jusqu'alors et d'engager ainsi un changement de perspective. **Le modérateur peut agir en tant que maillon entre la seconde victime et l'institution, dans le but d'intégrer cette expérience sur un mode constructif au sein de l'établissement et de permettre d'en tirer des enseignements.**

## Implications pour les supérieurs hiérarchiques:

Lorsqu'une erreur a été commise et a engendré une réaction de stress, l'entretien avec une personne de confiance constitue un élément capital pour le rétablissement de l'équilibre psychique. Au sein de l'établissement, il faudrait pouvoir proposer une offre d'entretiens s'articulant en plusieurs phases, qui permette de réagir aux besoins se manifestant juste après l'incident, mais également par la suite, lorsque des symptômes caractéristiques de la seconde victime (réaction de stress persistante) commencent à se développer. Si la situation de stress persiste, une offre externe d'entretiens thérapeutiques est nécessaire.

### 7.3.2 Renforcement des facteurs préventifs dans le cadre du coping de l'auteur

Il existe bien entendu de multiples possibilités d'intervention différentes. On ne pourra sans doute pas définir une unique forme d'entretien qui s'avérerait toujours adéquate dans la gestion des secondes victimes. Mais **en définitive, les interventions thérapeutiques ont toutes pour objet de renforcer l'estime de soi et de la personne ou – pour le formuler autrement – d'affermir sa «force intérieure»**, afin qu'elle puisse gérer au mieux le stress issu de l'erreur. Etant donné que le stress fait en quelque sorte partie de la vie personnelle et professionnelle, nous allons, dans ce qui suit, examiner de plus près deux théories qui sont consacrées aux facteurs internes et externes de prévention dans le cadre de la gestion des stress permanents et dont il sera possible de déduire des mesures pour les supérieurs hiérarchiques.

### Salutogenèse et sens de la cohérence – «Beaucoup de choses sont réalisables lorsque les conditions sont fondamentalement appropriées»

Aaron Antonovsky, sociologue de médecine, a mis l'étude des facteurs permettant à l'homme de rester en bonne santé en dépit du stress au centre de ses travaux de recherche. Différents aspects de ses travaux, que nous estimons pertinents dans l'optique de la problématique de la seconde victime, sont présentés ci-après.

Contrairement à l'étude traditionnelle, en médecine, des facteurs déclencheurs de maladie (pathogénèse), Antonovsky pose la question des facteurs de promotion de la santé. Cette étude est connue sous le nom de salutogenèse (genèse de la santé) (13). La question de savoir comment certaines personnes ayant survécu aux camps de concentration du national-socialisme ont pu pour une large part rester en bonne santé est à l'origine de ses recherches. Antonovsky a constaté que ces personnes disposaient de certains caractères qu'il a nommés «sense of coherence». En français, «sense of coherence» signifie sens de la cohérence ou sentiment de cohérence, bien qu'il ne s'agisse pas seulement d'un sentiment, mais bien plus d'une attitude fondamentale face à la vie. Le sentiment de cohérence s'articule autour de trois facteurs: la *compréhension des événements de la vie*, le sentiment de *pouvoir les gérer* et le sentiment qu'ils *ont un sens*.

1. La compréhension des événements décrit la capacité de l'être humain à transformer des stimuli connus ou inconnus en informations ordonnées, cohérentes et structurées.
2. Le sentiment de pouvoir les gérer ou les maîtriser décrit la conviction de l'individu de disposer des ressources adéquates pour répondre aux exigences, la confiance en l'aide qui peut lui être accordée par d'autres personnes ou par une puissance supérieure en faisant partie.
3. Le sentiment que les choses ont un sens décrit la perception de la vie comme dotée d'un sens sur le plan émotionnel: la conviction que certains des problèmes ou exigences rencontrés dans la vie valent la peine qu'on y investisse de l'énergie.

Antonovsky considère le sentiment que les choses ont un sens comme l'aspect capital du sentiment de cohérence. En l'absence de cette perception d'un sens, l'homme tend à voir la vie essentiellement comme un fardeau.

**Les personnes possédant un sentiment de cohérence très marqué sont en mesure, par le choix de stratégies de coping adaptées, de réagir avec flexibilité aux exigences de la vie.** Le sens de la cohérence est pour ainsi dire un principe de gestion supérieur et flexible qui incite à la mise en œuvre de différents modèles de coping en fonction des exigences.

La recherche en salutogenèse a permis de confirmer les faits suivants:

- Les personnes dotées d'un sentiment de cohérence très développé (mesuré à l'aide d'un instrument de

sondage spécifique) perçoivent les stimuli moins rapidement comme des facteurs de stress que celles dont le sens de la cohérence est faiblement développé (14).

- Un sentiment de cohérence faiblement développé s'accompagne d'un risque accru de troubles psychiques (15).
- Les personnes dotées d'un sentiment de cohérence très développé présentent moins fréquemment des troubles de stress post-traumatique après un événement grave (16).

Antonovsky part du principe que le sentiment de cohérence est marqué par les expériences faites dans l'enfance et qu'il est le produit des contextes social, culturel et historique de l'existence. Il a émis l'hypothèse que le sentiment de cohérence était définitivement formé à l'âge de 30 ans et ne pouvait plus, au-delà, être influencé de manière déterminante. Des recherches ultérieures sur les interventions ont toutefois mis en évidence que le sentiment de cohérence pouvait être modifié jusqu'à un âge avancé, notamment par des mesures thérapeutiques. Une étude sur la promotion de la santé en entreprise a même permis de démontrer qu'**une modification des ressources sociales et organisationnelles pouvait améliorer le sens de la cohérence des collaborateurs et leur état de santé (17)**. Ce résultat a pu être obtenu par le biais de 3 facteurs:

1. Accroissement du support social par les supérieurs hiérarchiques
2. Accroissement de la participation aux décisions en entreprise
3. Accroissement de la diversité des tâches et de la marge de manœuvre dans le cadre de l'activité

### **Implications pour les supérieurs hiérarchiques:**

*En quoi la recherche sur la cohérence nous permet-elle de mieux comprendre les secondes victimes? Elle met en évidence que tous les individus ne disposent pas d'un potentiel identique en termes de sens de la cohérence et qu'en conséquence, leur faculté à gérer des événements du type erreur varie de l'un à l'autre. Dans l'absolu, ce constat ne permet pas, dans un premier temps, d'avancer; il peut même être utilisé à*

*mauvais escient pour renforcer la «blame culture», la culture de la faute. Pour la conduite des collaborateurs, une conclusion importante peut en être tirée, à savoir qu'il existe des facteurs susceptibles d'aider l'auteur d'une erreur à restaurer et renforcer son sens de la cohérence et donc sa santé psychique. Selon la recherche en salutogenèse, le sens de la cohérence se stabilise lorsque, après avoir été soumis à un stress (une erreur), nous sommes en mesure de comprendre ce qui s'est exactement passé (compréhension), de réfléchir à ce que nous pouvons changer à l'avenir (capacité de gérer) et de donner un sens à ce qui s'est produit (acquisition de sens), sous la forme par exemple d'une contribution à l'amélioration de la qualité dans l'entreprise. Permettre cette démarche et fournir un soutien dans ce sens est un élément essentiel des fonctions de direction.*

*La recherche en salutogenèse met en lumière d'autres facteurs clés susceptibles d'avoir un effet préventif et propices au développement général du sentiment de cohérence, qui sont eux aussi importants sur le plan des techniques de direction: soutien de la part des supérieurs hiérarchiques, participation aux décisions, diversité des tâches et marge de manœuvre dans le cadre des activités.*

Il existe une multitude de concepts portant sur les ressources *internes* de nature à promouvoir la santé psychique. Le modèle de la salutogenèse est très proche d'autres notions telles que le «sentiment de la valeur personnelle», l'«optimisme», le «lieu de contrôle».

### **Support social – «Je te comprends, je te soutiens»**

Le «support social» (social support) est un autre domaine de la recherche qui se consacre aux ressources *externes* intervenant dans la maîtrise du stress.

De nombreuses études ont montré que le support social constituait un facteur déterminant dans la gestion du stress et pouvait atténuer les troubles de la santé en résultant, tels que les maladies cardiovasculaires et la dépression. Le support social est défini comme l'ensemble des ressources mises à disposition par les autres dans des situations d'urgence ou de stress (18). Il peut être subdivisé en quatre secteurs (19):

1. Soutien émotionnel – se sentir entouré, aimé et apprécié
2. Soutien à l'évaluation – réactions et comparaisons sociales pour l'évaluation de l'environnement
3. Soutien informatif – recevoir des informations quant à la manière de gérer certaines choses
4. Soutien instrumental – bénéficier d'une aide concrète

Le support social a un effet dit «tampon» (19). **Les personnes qui se sentent soutenues sont moins fortement atteintes par les événements à forte composante stressante que celles qui ont l'impression de ne pas l'être.** Parallèlement au soutien effectivement mis à disposition sous forme de ressources externes, certains facteurs internes (facteurs de personnalité) jouent également un rôle. La capacité à percevoir le soutien proposé comme une aide varie d'une personne à l'autre.

Pour l'auteur d'une erreur, le soutien social joue un rôle à deux points de vue. Le soutien social fourni par les supérieurs hiérarchiques, collègues et amis ainsi que par le partenaire peut l'aider de manière déterminante à restaurer son propre équilibre. Dans ce domaine, un collègue de travail peut même apporter une aide plus efficace que le partenaire étant donné qu'il peut intervenir au niveau des quatre facteurs de soutien (cf. ci-dessus), alors qu'en général, le partenaire apporte «uniquement» un soutien émotionnel.

D'un autre côté, l'auteur d'une erreur peut craindre de perdre le support de son propre système social (groupe), puisque l'erreur peut être une menace pour le sentiment de solidarité ou le sentiment de cohésion du groupe. Cet aspect sera décrit plus en détail ci-après.

### **Implications pour les supérieurs hiérarchiques:**

*Que nous apporte la théorie du soutien social concernant la problématique de la seconde victime? Le support social est un facteur déterminant pour la maîtrise du stress.*

*Lorsqu'une erreur a été commise, son auteur a tout particulièrement besoin du soutien social des membres de son équipe ou de ses supérieurs hiérarchiques. Établissez des structures ne laissant pas au hasard le soin d'as-*

*surer ce soutien social, mais intégrant au contraire cette démarche dans un processus prévisible.*

### **7.4 Réaction de coping de l'équipe**

Lorsqu'une erreur est identifiée, son auteur n'est pas la seule personne affectée. Le système dans son ensemble est concerné. Selon la portée de l'erreur et le rôle de son auteur au sein de l'équipe, la capacité de fonctionnement du système pourra être perturbée ou interrompue. Dans la revue bibliographique, la crainte des secondes victimes d'être exclues du groupe a été citée plusieurs fois. Les raisons pour lesquelles une erreur peut constituer une menace pour la solidarité du groupe vont être abordées ci-après, tout d'abord sous l'angle des normes du groupe et ensuite en faisant intervenir la théorie de l'attribution.

#### **Norme du groupe et menace pour la cohésion – «Tu ne dois pas faire d'erreurs»**

Du point de vue de la sociologie du groupe, il est compréhensible qu'une erreur soit imputée à un individu, étant donné qu'elle constitue une atteinte à la norme fixée implicitement par le groupe, à savoir «l'infaillibilité». Cette norme résulte des attentes de la société (les dieux en blouse blanche), des fantasmes de toute-puissance des exécutants, ainsi que d'influences historiques (Hippocrate: «First do no harm» [D'abord, ne pas nuire]) (20). **Si une personne commet une erreur, elle menace le sentiment de cohésion ou de solidarité du groupe dans la mesure où la norme d'infaillibilité s'applique à ce dernier.** Il a la possibilité d'accepter l'erreur comme un élément qui lui est inhérent, notamment par une réflexion sur les causes et un travail d'amélioration, ou au contraire de l'exclure comme un élément qui ne lui appartient pas. Il peut alors ignorer l'erreur ou l'imputer à un seul individu.

Même lorsque tous les membres du groupe sont conscients que la norme d'infaillibilité est en définitive inapplicable, celle-ci peut, malgré des erreurs répétées, rester valable au sein du groupe. Une certaine **déviance de comportement par rapport à la norme** peut même entraîner, du fait de **mécanismes de sanction** tels que l'ignorance ou l'accusation, un renforcement de cette norme, car sa validité est alors rappelée à la mémoire de chacun (21).

Les personnes interviewées dans les focus groups ont souvent exprimé la crainte d'être exclues du groupe

du fait de l'erreur commise («ils ne me feront plus jamais confiance»). En assumant *seul* la responsabilité de l'erreur, son auteur décharge le groupe et ses membres peuvent passer à autre chose. Ce faisant, il pourrait donc – sans doute de manière inconsciente – avoir pour stratégie de renforcer le sentiment de solidarité du groupe, afin de continuer à recevoir un soutien social de sa part et donc de bénéficier de la sensation de sécurité qu'il lui apporte. **Le processus d'auto-accusation pourrait donc être considéré comme une sorte de marque de «soumission» qui rétablirait la bienveillance du groupe et garantirait son identité sociale.**

De notre point de vue, l'objectif doit être l'approche inverse: dans une culture de la sécurité «mature» (par exemple dans les High Reliability Organizations), la norme de «l'infaillibilité» est remplacée de manière ciblée par celle de «l'acceptation de l'erreur» ainsi que par une gestion de l'erreur constructive sur les plans psychologique et social, et sur celui des techniques de direction, par ailleurs centrée sur la possibilité d'apprentissage. Dans une telle culture, «ne pas parler» des erreurs est précisément un comportement à proscrire. Dans l'aviation, la non-déclaration des erreurs et l'absence de réflexion sur les incidents sont sanctionnées, car la déclaration et la réflexion constituent des principes de survie essentiels pour tous.

### **Implications pour les supérieurs hiérarchiques:**

*Les erreurs menacent le sentiment de solidarité du groupe aussi longtemps que la norme implicite ou explicite de l'infaillibilité existe en son sein. Lorsque l'auteur de l'erreur en assume seul la responsabilité, sa démarche peut avoir pour objectif de s'assurer le soutien social du groupe. Parlez des normes existantes avec les membres de votre équipe et attirez leur attention sur la problématique de la seconde victime. Si une personne devient le bouc émissaire du groupe, vous devez intervenir et créer, par des entretiens, un espace qui permettra un changement de perspective, fondé sur un examen plus différencié du problème et une analyse systématique (cf. ci-dessous).*

### **Théorie de l'attribution – «C'est de ta faute»**

Du point de vue de la théorie de l'attribution, la dynamique de l'accusation précédemment décrite peut être encore étudiée sous un autre aspect.

La théorie de l'attribution examine comment, se mettant dans un rôle de «scientifiques naïfs», les individus expliquent leur propre comportement, celui d'une autre personne ou celui d'un groupe, et à quels facteurs ils les imputent (22). On n'est pas toujours en présence d'un phénomène d'attribution. **C'est surtout lorsqu'il se produit un événement inattendu, associé à une perte de contrôle ou à des émotions négatives, que les personnes cherchent à trouver des explications aux comportements.**

De manière générale, un événement tel qu'une erreur peut être attribué à des facteurs de personnalité **internes** ou à des facteurs systémiques **externes**. Dans la recherche sur l'attribution, on fait par ailleurs la distinction entre facteurs stables et instables, globaux et spécifiques. Cet aspect ne sera pas examiné plus en détail dans notre contexte.

Dans de nombreuses études, on a pu démontrer que **les personnes tendaient à expliquer les comportements de manière à renforcer leur estime de soi (attribution centrée sur l'estime de soi)**. Ainsi les échecs personnels seront-ils imputés à des facteurs externes («le traitement ne s'est pas bien déroulé, le patient n'était pas coopératif») et les réussites à des facteurs internes («Mon traitement a bien réussi, il faut dire que je m'étais bien préparé.»). Du point de vue d'un observateur, la situation se présente de manière totalement opposée. Les échecs de l'autre seront imputés à des facteurs internes liés à la personnalité de l'auteur (par exemple «Avec lui, le traitement a été un véritable échec, il faut dire qu'il n'a pas respecté la procédure»). En revanche, la réussite de l'autre sera attribuée à des facteurs externes («Le traitement a réussi, il faut dire que c'était le patient idéal»).

Selon cette théorie, l'auteur d'une erreur devrait donc en premier lieu tenter de trouver des motifs externes qui justifient l'erreur afin de préserver son estime de soi. Dans les focus groups et la littérature, on constate toutefois qu'il en va tout autrement et que les auteurs d'erreurs voient leurs propres déficits comme étant les causes de l'erreur. Cette imputation correspond donc à une atteinte à l'estime de soi. Il convient d'analyser pourquoi il en est ainsi, précisément dans notre contexte.

Il est probable que les erreurs mineures sont, dans leur majorité, attribuées à des facteurs externes – attribution centrée sur l'estime de soi – et ne sont pas mentionnées en tant que telles par leur auteur dans le cadre des sondages. En ce qui concerne les erreurs plus graves qui ne peuvent être «tues», un autre mécanisme – nommé «impuissance apprise» dans la théorie de l'attribution – se met éventuellement en place. Il s'agit d'un concept dérivé d'expériences animales réalisées dans le cadre de la recherche sur l'attribution, qui est utilisé pour expliquer la genèse des dépressions. Par impuissance apprise, on entend un état caractérisé par un sentiment d'impuissance et des émotions négatives. Il se manifeste lorsque des êtres vivants ont appris, dans des situations antérieures, que leurs réactions n'avaient aucune influence sur ce qui advient. Dans des circonstances analogues, l'expérience de l'impuissance associée à la perte de contrôle sera donc considérée comme inévitable. L'auteur de l'erreur n'essaiera même pas d'entreprendre quoi que ce soit, puisqu'il a fait l'expérience que cela ne servait à rien. Dans notre contexte, on pourrait en déduire que dans le cadre de sa formation, le médecin ou le soignant a «appris» que dans le cas d'une erreur grave, nul n'apportait son soutien à son auteur et qu'il devait l'assumer seul. Cette expérience vécue ou observée peut conduire à ce que dans une situation analogue, la réaction soit identique, à savoir l'impuissance et l'auto-accusation.

La théorie de l'attribution décrit donc comment fonctionne l'attribution, notamment dans le cas d'événements imprévus, et comment une perception sélective favorisant le maintien de l'estime de soi se met alors en place. Il a pu être démontré que les processus d'attribution décrits (chez les observateurs) se déroulaient tout d'abord sous la forme d'une réaction cognitive automatique et rapide, et que des causes internes, liées à la personnalité de l'auteur, étaient alors recherchées. Concrètement, **l'accusation d'un individu après une erreur suivait une dynamique cognitive intrinsèque «automatique»**. Mais la réaction ne demeure pas obligatoirement «automatique». **Les personnes et les groupes sont, dans une étape ultérieure, tout à fait en mesure, moyennant un travail cognitif important, de procéder à une correction situationnelle, en clair de réfléchir aux facteurs situationnels externes qui auraient pu jouer un rôle dans l'erreur.**

De notre point de vue, cette conclusion est importante en ce sens qu'elle montre qu'un changement de perspective est possible dans la vision d'une erreur. Néanmoins, cette démarche est liée à un travail important qui ne s'effectue pas de lui-même, mais requiert la mise en œuvre de ressources structurelles et temporelles supplémentaires.

### **Implications pour les supérieurs hiérarchiques:**

*Attendez-vous, tant chez vous que chez les membres de votre équipe, à ce que la première réaction après une erreur soit une accusation. Il s'agit là en effet d'un automatisme cognitif très rapide, car l'esprit humain cherche immédiatement des causes lorsqu'il est face à des événements imprévus. Pour ne pas en rester à cette accusation, il faut faire appel à des ressources supplémentaires d'ordre cognitif et structurel. Un entretien au cours duquel les facteurs ayant favorisé la survenue de l'erreur seront recherchés peut générer un changement de perspective parmi les membres de l'équipe.*

### **7.5 Interventions vis-à-vis de l'équipe et mesures préventives**

**Réflexion systémique – «From blame culture to systems thinking»**

Au cours des dernières années, des efforts ont été entrepris dans la gestion des erreurs médicales pour passer d'une «blame culture» privilégiant l'accusation individuelle à une «system culture» centrée sur l'analyse du système. Ainsi que nous l'avons déjà mentionné, la «blame culture» correspond au besoin de l'individu de trouver le plus vite possible une réponse à la question du «pourquoi» dès lors que se produit un événement inattendu. Cette recherche du «pourquoi» est très rapide, quasi automatique. Par ailleurs, l'accusation d'une autre personne est la solution qui exige la mobilisation la plus réduite de ressources en termes de réflexion de la part de chacun.

Pour un certain nombre de questions, la simple application du principe de cause à effet permet de trouver une réponse satisfaisante. Cependant, des contextes plus complexes comme le processus de travail au sein d'une équipe ou la survenue d'une erreur dans le ca-

dre d'une série d'opérations ne peuvent être suffisamment assimilés, et encore moins modifiés, par de simples relations causales. Que se cache-t-il derrière l'exigence d'une analyse systémique? Pour le comprendre, il convient tout d'abord d'examiner l'idée fondamentale de la pensée systémique.

Dès ses origines, la théorie systémique a été une métathéorie qui visait l'intégration de différents savoirs, un objectif censé être atteint par l'identification de principes communs aux différents domaines de savoir (23). Aujourd'hui, la pensée systémique est appliquée dans différents domaines tels que le conseil en organisation, la psychothérapie, la biologie, les sciences de l'information et les mathématiques.

A l'heure actuelle, il existe une multitude de courants théoriques différents, qui ont tous en commun d'étudier des systèmes et leurs modes de fonctionnement (20). Par système, on entend ici une unité qui, bien qu'elle soit composée de divers éléments, représente plus que leur simple somme. Une cellule vivante est par exemple plus que la simple somme des différents organelles et composants de la cellule. Un système peut être aussi bien une cellule, une molécule de H<sub>2</sub>O, un système de chauffage ou un organe qu'un être humain, une équipe de travail, une société ou une organisation. Ce n'est pas une entité définie. Tout ce qui est doté d'une structure ou d'une fonction peut constituer un système et être observé sous cet angle. Par structure, on désigne les principes qui confèrent une certaine stabilité à ce système, limitée dans le temps, (p. ex., la paroi ou le noyau d'une cellule, des organelles). Par fonction, on entend la contribution des différents éléments à la préservation du système (processus de rétroaction, division cellulaire, etc.). Tout ce qui n'appartient pas au système constitue l'environnement de celui-ci et est, en tant que tel, d'une plus grande complexité que le système lui-même.

Que nous apporte la théorie systémique pour la gestion des secondes victimes? D'un côté, peu de choses, car elle fournit peu d'indications sur les individus et leur souffrance. D'un autre côté, cette réflexion systémique orientée vers l'analyse des structures et de la multitude des facteurs interagissants peut être une source considérable de soulagement pour l'individu impliqué dans une erreur, car il ne se trouve alors plus dans la position du fautif. Ce mode d'analyse peut par ailleurs avoir un effet préventif sur les erreurs. Dans le cadre de cet examen systémique, une erreur est le

signe que le système repose sur une conception qui permet la survenue de l'erreur: «Every system is designed to get the results it gets» (24). Il s'agit donc en premier lieu d'une erreur systémique et non d'une erreur individuelle. Ce point de vue a lui aussi fait l'objet de critiques, car il exclut la responsabilité individuelle, celle du médecin dans le traitement d'un patient, par exemple. Aujourd'hui, le mouvement en faveur de la sécurité des patients n'est plus axé en priorité sur l'opposition entre la «blame culture» et la «no blame culture», car cette dualité ne prend pas en compte de manière assez différenciée la zone sensible située entre la réflexion systémique et la responsabilité personnelle. La nouvelle notion figurant désormais au centre des réflexions est celle de la «just culture», qui prend autant en compte la perspective systémique que la responsabilité individuelle (25). L'objectif est celui d'une culture de l'apprentissage ouverte, dans laquelle la gestion des erreurs est intégrée dans la culture de l'établissement, et où, par ailleurs, on attend et exige des collaborateurs qu'ils aient le sens des responsabilités.

L'idée de base de la théorie systémique présentée ici de manière très simplifiée est incontestablement concluante. Dans la littérature, elle est parfois explicitée de manière très complexe et avec un niveau d'abstraction extrême. Dans l'application pratique, cette théorie s'est avérée un mode de pensée très intéressant et bien adapté aux situations concrètes. Nombreux sont les conseillers et thérapeutes qui font appel aux méthodes existantes. Dans la gestion de la problématique de la seconde victime, nous pouvons également en appliquer certains éléments, notamment à l'analyse des erreurs. Que fait par exemple un conseiller ou un thérapeute lorsqu'il travaille selon la théorie systémique? L'une des caractéristiques pertinentes est qu'il pose des questions d'un autre type (26). Celles-ci se fondent sur l'idée que, **dans un système, tout comportement et tout processus a un sens, et qu'il se situe souvent au niveau des schémas de relations réciproques**. Les questions posées ont pour but de mieux saisir ces modèles relationnels qu'il ne serait possible de le faire avec de simples interrogations du type «pourquoi». L'une des questions centrales de l'analyse des erreurs dite systémique est celle des facteurs qui, au sein du système, ont favorisé la survenue de l'erreur. Dans les analyses systémiques, du type de celles réalisées par exemple par la Fondation («Error and Risk Analysis» (11)), les différents aspects des processus organisationnels et techniques,



des structures, ainsi que des interventions humaines – avec les processus de réflexion et les émotions qui les sous-tendent – sont décomposés de manière détaillée. Les facteurs favorisant l'erreur sont analysés dans le but de dégager des mesures systémiques qui seront à l'origine de changements pertinents *au sein du système*.

**L'objectif est d'organiser les processus de telle sorte qu'il soit difficile de reproduire une nouvelle fois l'erreur ayant été le facteur déclenchant.** Cela signifie que l'analyse systémique n'a pas pour unique objectif l'analyse d'une erreur passée, mais également celui de chercher à prévenir les erreurs et d'y parvenir. L'encadré 6 présente quelques questions convenant tant à l'analyse des erreurs au sein de l'équipe qu'aux entretiens avec leurs auteurs et pouvant être posées dans une perspective systémique. (cf. encadré 6)

### **Implications pour les supérieurs hiérarchiques:**

*D'un point de vue systémique, une erreur n'est pas une défaillance individuelle, mais l'expression de la structure sous-jacente et des schémas d'interaction existants. Lors de l'analyse d'une erreur, essayez d'exploiter le savoir de votre équipe et posez des questions prenant en compte la complexité des processus. Dans le cas d'erreurs graves, une analyse professionnelle est indispensable. Interdisez toute forme de mobbing, opposez-vous clairement et de manière différenciée aux accusations.*

### **7.6 Résumé des implications pour les supérieurs hiérarchiques**

Les conclusions fondamentales tirées des théories et des modèles à l'intention des **supérieurs hiérarchiques** sont résumées ci-après. Il conviendrait de les prendre en compte dans la gestion des collaborateurs après la survenue d'une erreur.

#### **Modèle de stress de Lazarus et Folkman**

Une erreur peut, pour son auteur, s'accompagner d'une réaction de stress importante qui va activer ses mécanismes de coping. En votre qualité de supérieur hiérarchique, mettez à disposition les ressources requises à une démarche de maîtrise active. En font partie les stratégies de coping centrées aussi bien sur le

#### **Encadré 6**

#### **Questions systémiques possibles après la survenue d'une erreur**

Quels facteurs inhérents au système ont favorisé la survenue de l'erreur?

Quand le problème se présente-t-il, quand ne se présente-t-il pas?

Quels sont les thèmes qui ne peuvent être abordés avec vous/avec l'équipe, etc.?

A quoi reconnaîtriez-vous qu'un problème est résolu?

Que pourrait-on faire pour renforcer encore le problème?

Quel serait le premier indice d'un changement?

Comment expliquez-vous que parfois, l'erreur se produit et que parfois, elle ne se produit pas?

Comment un observateur extérieur décrirait-il la situation?

problème que sur les émotions. L'échec en la matière génère un stress négatif, un «distress», qui s'accompagne, lorsqu'il perdure, de l'apparition d'affections psychiques, mais également somatiques – avec toutes les répercussions que cela comporte pour la productivité et la performance du collaborateur.

#### **L'entretien, une forme d'intervention**

Lorsqu'une erreur a été commise et a engendré une réaction de stress, l'entretien avec une personne de confiance constitue un élément capital pour le rétablissement de l'équilibre psychique. Au sein de l'établissement, il faudrait pouvoir proposer des entretiens s'articulant en plusieurs phases, afin de réagir aux besoins se manifestant juste après l'incident, mais également par la suite, lorsque des symptômes caractéristiques de seconde victime (réaction de stress persistante) commencent à se développer. Si la situation de stress persiste, une offre externe d'entretiens thérapeutiques est nécessaire.

#### **Salutogenèse et sentiment de cohérence**

Tous les individus ne disposent pas d'un potentiel identique en termes de sens de la cohérence. En conséquence, leur faculté à gérer des événements stressants du type erreur varie de l'un à l'autre. Selon la recherche en salutogenèse, le sens de la cohérence se stabilise lorsque, après avoir été soumis à un stress (erreur), nous sommes en mesure de comprendre ce qui s'est exactement passé (compréhension), de réfléchir à ce que nous pouvons changer à l'avenir

(capacité de gérer) et de donner un sens à ce qui s'est produit (acquisition de sens), par exemple sous la forme d'une contribution à l'amélioration de la qualité. Permettre cette démarche et fournir un soutien en ce sens est un élément essentiel des fonctions de direction.

La recherche en salutogenèse met en évidence d'autres facteurs clés susceptibles d'avoir un effet préventif et propice au développement général du sentiment de cohérence, qui sont également importants sur le plan des techniques de direction: soutien de la part des supérieurs hiérarchiques, participation aux décisions, diversité des tâches et marge de manœuvre dans le cadre des activités.

### Support social

Le support social est un facteur déterminant pour la maîtrise du stress. Lorsqu'une erreur a été commise, son auteur a tout particulièrement besoin du soutien social des membres de son équipe ou de ses supérieurs hiérarchiques. Établissez des structures ne laissant pas au hasard le soin d'assurer ce soutien social, mais intégrant au contraire cette démarche dans un processus prévisible.

### Norme de groupe et menace pour la cohérence

Les erreurs graves menacent le sentiment de solidarité du groupe aussi longtemps que la norme implicite ou explicite de l'infaillibilité existe en son sein. Lorsque l'auteur de l'erreur en assume seul la responsabilité, sa démarche peut avoir pour objectif de s'assurer le soutien social du groupe. Parlez des normes existantes avec les membres de votre équipe et attirez leur attention sur la problématique de la seconde victime. Si une personne devient le bouc émissaire du groupe, vous devez intervenir et créer, par des entretiens au sein de l'équipe, un espace qui permettra un changement de perspective fondé sur un examen plus différencié du problème et une analyse systémique.

### Théorie de l'attribution

Attendez-vous, chez vous et chez les membres de votre équipe, à ce que la première réaction après une erreur soit une accusation. Face à des événements imprévus, l'esprit humain cherche immédiatement des causes. L'accusation d'une autre personne correspond à un automatisme cognitif très rapide. Pour ne pas en rester à cette accusation, il faut faire appel à des ressources supplémentaires d'ordre cognitif et structurel. Un entretien au cours duquel les facteurs ayant rendu

possible la survenue de l'erreur seront recherchés peut générer un changement de perspective parmi les membres de l'équipe.

### Théorie systémique

D'un point de vue systémique, une erreur n'est pas une défaillance individuelle, mais l'expression de la structure sous-jacente et des schémas d'interaction existants. Lors de l'analyse d'une erreur, essayez d'exploiter le savoir de votre équipe et posez des questions prenant en compte la complexité des processus. En cas d'erreurs graves, une analyse professionnelle est indispensable. Interdisez toute forme de mobbing, opposez-vous clairement et de manière différenciée aux accusations.

## 7.7 Bibliographie

- (1) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinischdiagnostische Leitlinien von Weltgesundheitsorganisation WHO und Horst Dilling et al. (Hrsg.) von Huber 2009.
- (2) Pschyrembel klinisches Wörterbuch 261. Auflage, 2007.
- (3) Maslach, C., Jackson, S.E. & Leiter, M.P. MBI: The Maslach Burn-out Inventory: Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996.
- (4) Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom Med* 1993 May-Jun;55(3):234-47.
- (5) Folkman S. Positive psychological states and coping with severe stress. *Soc Sci Med* 1997 Oct;45(8):1207-21.
- (6) Heim E, Augustiny KF, Balsler A, et al. Die Berner Bewältigungsformen (BRFO). Huber, Bern 1991.
- (7) Carver CS, Pozo C, Harris SD, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *J Pers Soc Psychol* 1993 Aug;65(2):375-90.
- (8) Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. The natural history of recovery for the healthcare provider «second victim» after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 2009 Oct;18(5):325-30.
- (9) Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010;36:233-240.
- (10) Dick M, Wehner T. The Triad Conversation as a Method of Transforming Local Experience into Shared Knowledge. In N. Gronau (Ed.), 4th Conference on Professional Knowledge Management – Experiences and Visions (2007). (pp. 277-284). Berlin: GITO-Verlag.
- (11) Stiftung für Patientensicherheit.: <http://www.patientsicherheit.ch> (last accessed May 18, 2010).
- (12) Everly G.S., Mitchell J.T. CISM – Stressmanagement nach kritischen Ereignissen – ein neuer Versorgungsstandard bei Notfällen, Krisen und Katastrophen. *Facultas-Univ.-Verl., Wien* 2002.
- (13) Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Erweiterte deutsche Ausgabe von A. Franke, Tübingen 1997.
- (14) Mc Sherry, W.C., Holm, J.E. Sense of coherence: Its effects on psychological and physiological processes prior to, during and after a stressful situation. In: *Journal of Clinical Psychology* 1994; 50:476-487.
- (15) Lundberg, O. Childhood conditions, Sense of Coherence, social class and adult ill health: Exploring their theoretical and empirical relation. *Social Science & Medicine* 1997;44, 821 – 831.
- (16) Frommberger U. et al. Der Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Entwicklung posttraumatischer Belastungsstörungen nach Verkehrsunfällen In: Schüffel Wolfram u.a.(Hg): *Handbuch der Salutogenese* 1998. Wiesbaden 337 – 340.
- (17) Rimann M, Udriș I. «Kohärenzerleben» (Sense of Coherence): Zentraler Bestandteil von Gesundheit oder Gesundheitsressource. In: W. Schüffel u.a. (Hrsg.). *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis.* Wiesbaden 1998; 351 – 364.
- (18) Cohen S, Sime SL. *Social support and health.* New York: Academic Press 1985
- (19) Stroebe W, Jonas K, Hewstone MR, Reiss M. *Sozialpsychologie. Eine Einführung.* Springer-Verlag GmbH 2002.
- (20) Buddeberg C. *Psychosoziale Medizin.* Springer 2003.
- (21) Schäfers B. *Einführung in die Gruppensoziologie. Geschichte, Theorien, Analysen.* UTB 2002.
- (22) Stroebe W, Jonas K, Hewstone MR, Reiss M. *Sozialpsychologie. Eine Einführung.* Springer-Verlag GmbH 2002.
- (23) Baecker D. *Schlüsselwerke der Systemtheorie.* VS Verlag für Sozialwissenschaften 2005.
- (24) O'Connor GT. Every system is designed to get the results it gets. *BMJ.* 1997 Oct 11;315(7113):897-8.
- (25) Wachter RM, Pronovost PJ. Balancing «no blame» with accountability in patient safety *N Engl J Med.* 2009;361:1401-1406.
- (26) Simon F.B., Rech-Simon C. *Zirkuläres Fragen. Systemische Therapie in Fallbeispielen: Ein Lernbuch.* Carl-Auer Verlag 2007.

## 8 Cadre conceptuel pour la gestion interne des erreurs

L'évidence scientifique apportée par la littérature et les focus groups, ainsi que les considérations d'ordre psychologique fournissent des indications fondamentales importantes sur les conditions à créer pour développer une gestion constructive des erreurs. Il s'agit par exemple de savoir comment et par quelles mesures l'une des réactions de soutien primordiales, à savoir «*parler et écouter*» (ainsi que le prouvent des études), peut être **abstraite de la rencontre fortuite d'individus, institutionnalisée et établie de manière systématique dans une institution de santé.**

Au niveau international, il existe peu d'approches systématiques susceptibles de servir de modèles pour ce processus de transfert et de concrétisation, raison pour laquelle un modèle, des recommandations concrètes et des propositions de mesures ont été élaborés en collaboration avec des experts du développement organisationnel, de la psychiatrie et de la psychothérapie, ainsi que de la direction médicale.

### 8.1 Modèle

Les conclusions de la revue bibliographique et des focus groups ont permis de définir des objectifs, exigences et conditions cadre pour la gestion interne des erreurs, aboutissant à la conception du modèle suivant. (cf. Fig. 8)

#### Description du modèle

L'implication dans une erreur est source de stress. Celui-ci conduit à des exigences et des besoins spécifiques chez les personnes concernées. Pour y répondre, trois fondements sont essentiels:

- Savoir et sensibilisation: les cadres, les collègues et les autres collaborateurs doivent être conscients de la problématique.
- Commitment et leadership de la direction: les cadres doivent percevoir cette problématique comme relevant de leurs tâches de direction. Ils doivent claire-

ment montrer qu'ils se consacrent à cette question de façon proactive – tant au niveau de la préparation que dans les situations aiguës.

- Développement et mise en pratique: les conditions et compétences requises au sein de l'établissement (comportements, structures) doivent être développées et acquises de manière active.

Ces trois piliers permettent d'instaurer les comportements adéquats chez toutes les personnes impliquées directement ou indirectement et de développer les structures de soutien nécessaires.

Tous ces éléments réunis constituent le fondement d'une gestion constructive des erreurs en interne.

Les différents éléments de ce modèle influent les uns sur les autres. Il en va ainsi notamment des structures de soutien et des comportements. Mais il existe également des interactions entre le niveau «comportements – structures» et celui des trois piliers «savoir et sensibilisation – commitment et leadership – développement et mise en pratique». **Comportements et structures de soutien: telles sont les cibles proprement dites des mesures de changement et des instruments consacrés à l'amélioration de la gestion constructive des erreurs dans les établissements et, de ce fait, à la réduction du stress des collaborateurs concernés.**

#### Il convient de mettre particulièrement l'accent sur les aspects suivants du modèle:

- La sensibilisation et le savoir en matière de gestion interne des erreurs influent sur les comportements. Avoir conscience de la problématique permet un plus grand discernement dans les relations avec les collègues «concernés» ou une gestion plus adéquate de telles situations de crise. En tant qu'«auteur» directement impliqué, on sait mieux «ce qui nous arrive» et comment gérer la situation.
- La sensibilisation et le savoir sont, en particulier pour les cadres, un fondement essentiel pour pouvoir aborder la thématique de manière active, instaurer des mesures de préparation internes et réagir avec calme et adéquation dans la conduite du personnel en présence de situations aiguës.
- La gestion constructive des erreurs et, plus particulièrement, celle des secondes victimes, n'est pas un processus que l'on domine «automatiquement». Le développement ciblé de comportements et de structures est essentiel. L'acquisition des comportements requiert un processus d'apprentissage.

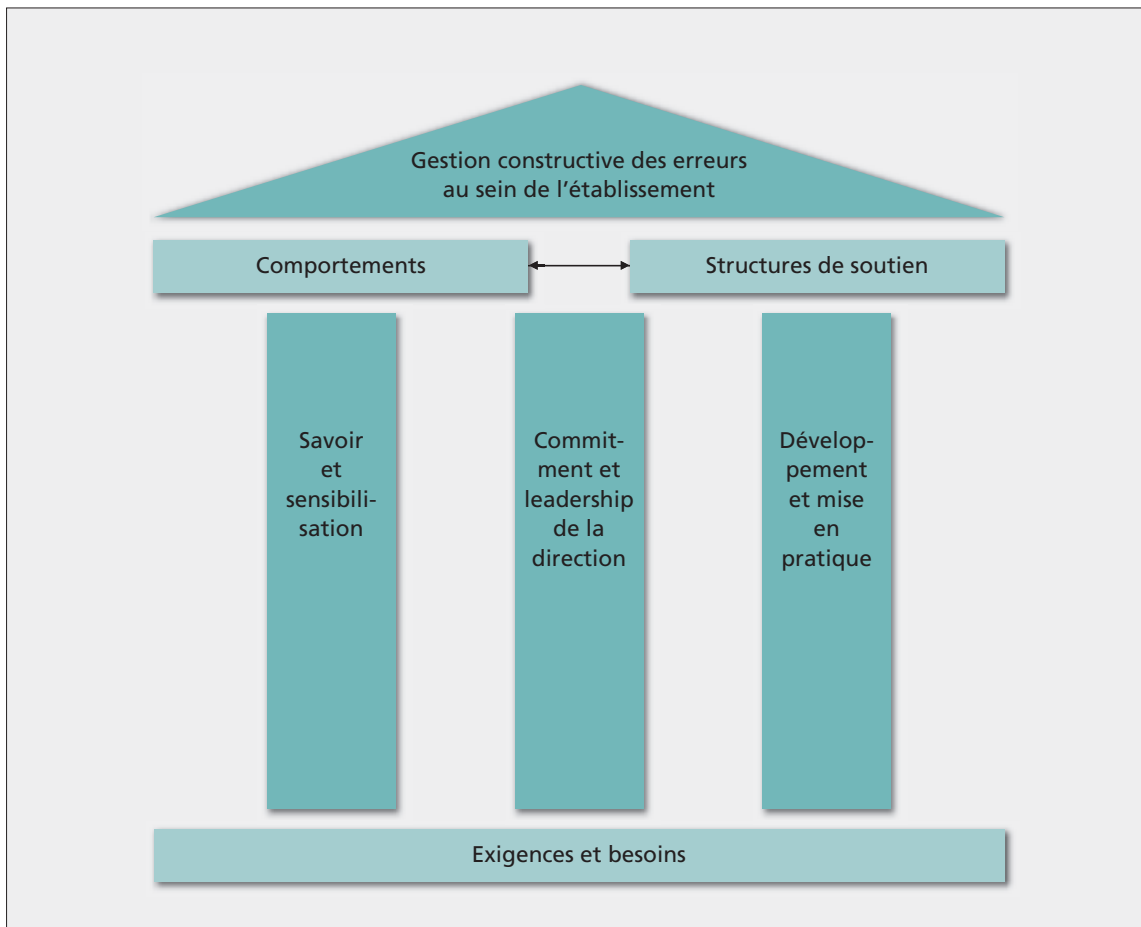


Fig. 8: Modèle à trois piliers pour la gestion interne des erreurs

- Mais ce ne sont pas les seuls facteurs importants. Des structures et éléments organisationnels bien adaptés (concept clairement défini, réglementation des responsabilités, structures de soutien, checklists, etc.) constituent des fondements tout aussi essentiels pour la promotion d'une gestion constructive de ce type de situations pour l'ensemble des personnes impliquées.
- Les modes de comportement et les structures doivent apporter aux collaborateurs un soutien centré sur l'erreur et sur les émotions dans la gestion et le coping de l'erreur.
- Différentes dimensions déterminent l'adéquation des comportements et des structures de soutien nécessaires. Une stratégie dite «one size fits all» ne saurait répondre à l'individualité de la problématique. Les réactions et mesures doivent pouvoir s'adapter à différentes configurations et être modulables en fonction des situations.
- La gestion constructive des erreurs, ciblée sur le coping, est une composante clé de la culture de la sé-

curité de tout établissement. Les mesures de développement et de changement doivent influencer sur l'évolution de cette culture.

- La sensibilisation à l'égard de la culture de l'erreur et de la gestion des incidents devrait débuter dès la formation initiale pour toutes les professions médicales et infirmières et en être un élément constitutif.

### 8.2 Pertinence et adéquation de la réaction

Le modèle qui vient d'être présenté décrit comment atteindre l'objectif d'une gestion constructive des erreurs. La pertinence et l'adéquation des comportements concrets, des attitudes et des structures de soutien dépendent fortement des circonstances précises et du contexte individuel de l'événement. Au sein d'une équipe, les erreurs ne requièrent pas toutes systématiquement des réactions identiques.

Les analyses scientifiques et les focus groups ont mis en évidence, chez les personnes concernées, une grande diversité de besoins, d'exigences, de perspec-

tives et de situations. Cela signifie que différents individus confrontés à des types d'erreurs différents dans des situations différentes auront besoin d'un soutien différent. *Différentes dimensions* déterminent les réactions, comportements et mesures qui seront opportuns et adéquats. En conséquence, elles devront être prises en compte lors de l'instauration de mesures concrètes. Les principales dimensions sont les suivantes:

1. *Le rapport à l'événement potentiel*, c'est-à-dire la connaissance de la fonction ou du rôle dans lequel l'individu est ou peut être confronté à l'incident (propre implication avec un degré de responsabilité variable; collègue; responsabilité de conduite des collaborateurs).
2. *L'inscription de l'événement dans le temps*: s'agit-il d'un incident exigeant une réaction dans l'urgence, de la préparation à un événement hypothétique, ou encore d'un événement qui s'est produit dans un passé lointain et continue de générer une situation de stress (à court, moyen ou long terme).
3. *La gravité et les conséquences de l'événement*: le patient a-t-il subi un dommage et, si oui, de quelle ampleur? Existe-t-il d'autres facteurs aggravant encore le stress des professionnels concernés (im-

plication d'enfants, haut degré de responsabilité individuelle, etc.)?

La figure 7 illustre le rapport existant entre les trois dimensions à prendre en compte dans les recommandations concrètes en matière de contenu et de forme des réactions. (cf. Fig. 9)

Les besoins des professionnels impliqués directement ainsi que, dans leur sillage, les exigences en termes de réactions des collègues et de comportements du personnel d'encadrement, varient en fonction de l'inscription de l'événement dans le temps, de sa gravité et du rapport à celui-ci. D'autres facteurs tels que, par exemple, l'appartenance à une catégorie professionnelle donnée, le niveau de formation des personnes impliquées ou les causes de l'incident peuvent être également déterminants.

### 8.3 Points d'ancrage

Les questions qui se posent sont donc: Sur quoi doivent porter les efforts? Quels sont les points d'ancrage à partir desquels il va être possible de faire évoluer concrètement la gestion interne des incidents?

Le modèle précédemment décrit permet de définir de tels «points d'ancrage» ou secteurs cibles pour la mise en œuvre d'interventions et d'instruments consacrés

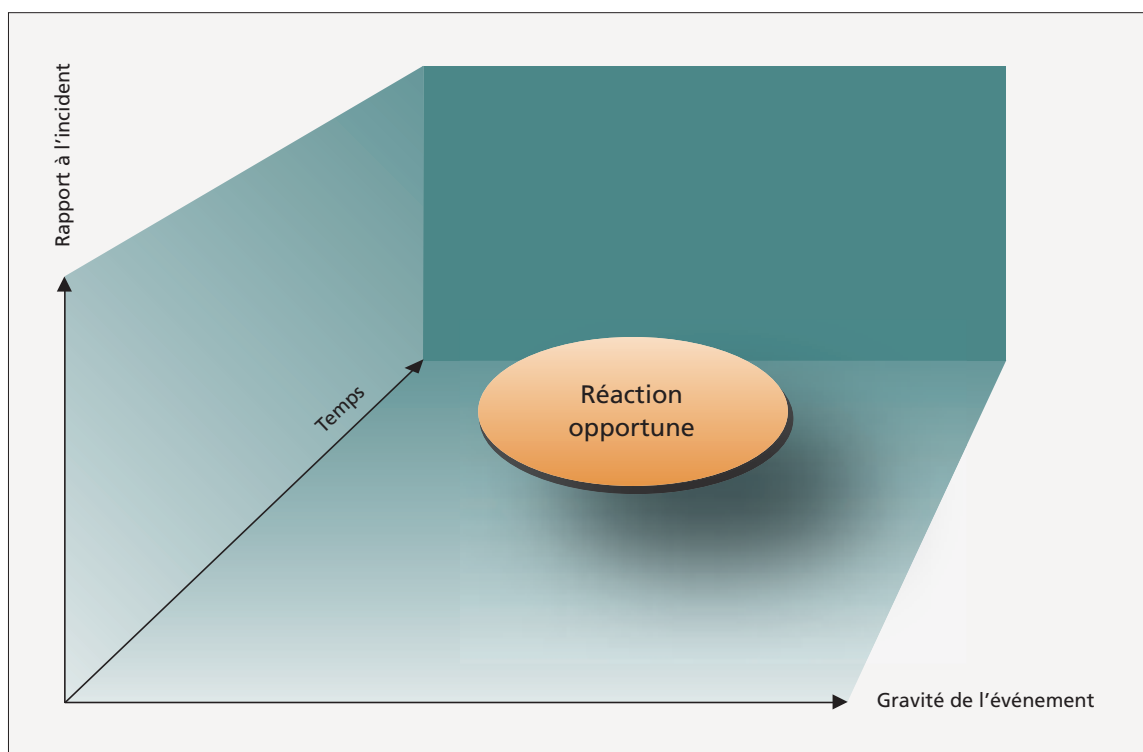


Fig. 9: Dimensions déterminantes pour la pertinence et l'adéquation des réactions et mesures

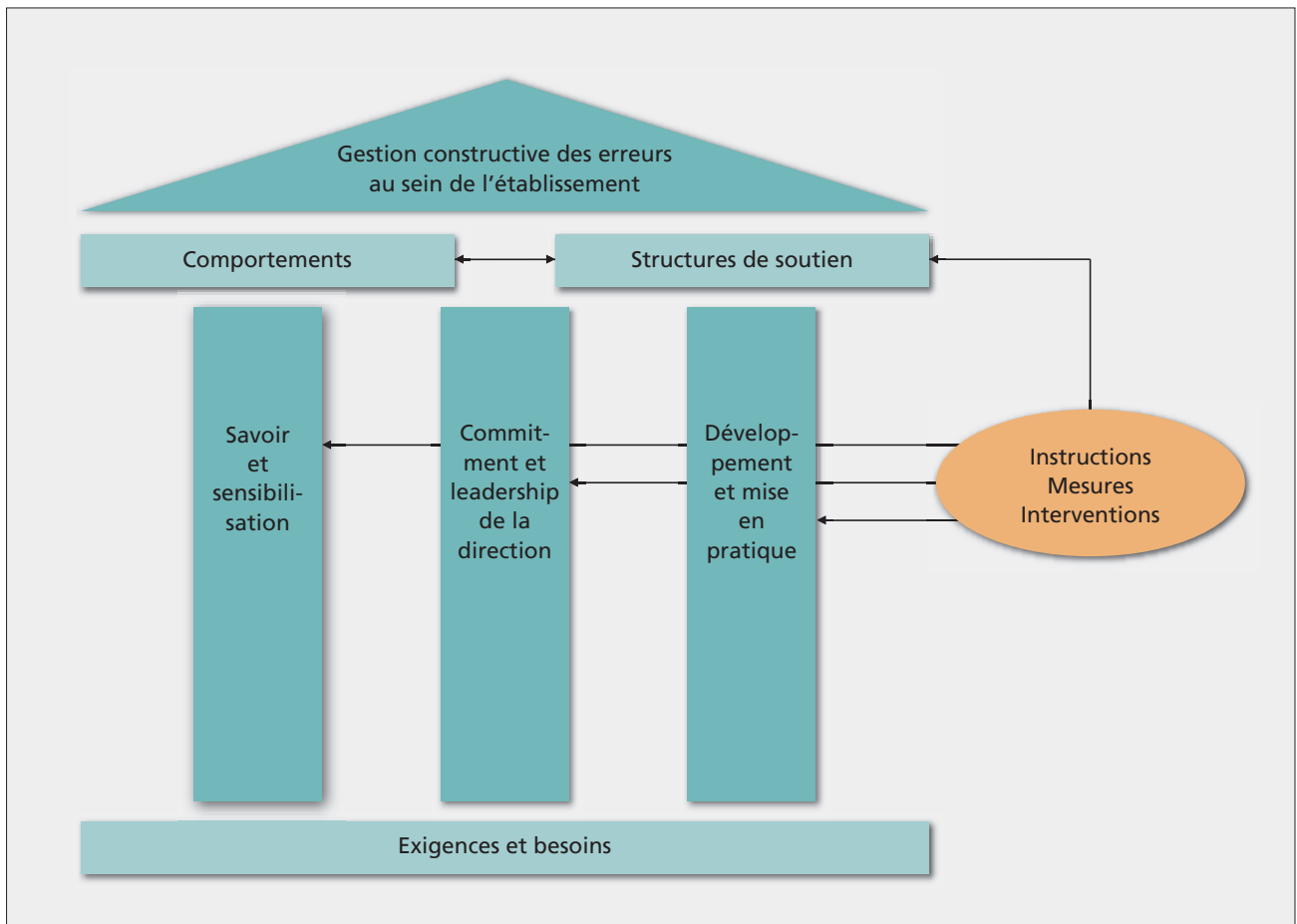


Abb. 10: Points d'ancrage pour la gestion interne des erreurs

à l'amélioration, ainsi que de mesures de développement. Ces points doivent faire l'objet d'interventions appropriées visant à promouvoir une gestion constructive des erreurs et donc à améliorer la situation de la personne impliquée. Ce faisant, il convient de prendre en considération les différentes dimensions de la pertinence et de l'adéquation. **Pour instaurer un changement durable et systématique de culture dans la gestion interne des erreurs, quatre points d'ancrage sont pertinents:**

- La sensibilisation des collaborateurs
- Le commitment et le leadership de la direction
- Le développement et la mise en pratique
- La mise en place de structures de soutien

Le comportement ne se contrôle pas directement. Il est le résultat des interventions sur les quatre points cités.

**Les points d'ancrage du modèle sont interdépendants.** C'est ensemble, uniquement, qu'ils peuvent déployer leurs effets. Ainsi l'édification de structures

organisationnelles destinées au soutien de collaborateurs à la suite d'une erreur, demeurera-t-elle inefficace en l'absence de sensibilisation des collaborateurs et de commitment de la direction, aspects qui assurent le développement, l'acquisition et la promotion de l'intégration et de la mise en œuvre de ces structures dans l'activité clinique quotidienne.

Quels objectifs concrets sont liés à ces quatre points d'ancrage et quelles mesures de changement appropriées peut-on en dégager?

**Transfert de savoir et sensibilisation:** l'objectif du processus de sensibilisation (ou prise de conscience) est de **préparer de manière adéquate tous les collaborateurs du système de santé à la problématique du stress dû aux erreurs.** Les collaborateurs doivent être sensibilisés au fait que selon toute vraisemblance, ils seront un jour ou l'autre confrontés à des erreurs et aux réactions émotionnelles qui en découleront, dans l'un des rôles possibles (auteur, collègue, témoin, supérieur hiérarchique, collaborateur

en formation). Il convient donc ici, tout particulièrement, d'attirer l'attention sur les phénomènes d'individualisation et de rationalisation qui sont fortement ancrés dans la culture du système de santé. La «normalité» de réactions émotionnelles exceptionnelles telles que la honte ou les sentiments de culpabilité doit être mise en évidence dans la pratique. Des exemples réalistes de situations et le récit d'expériences personnelles de cliniciens conviennent parfaitement à cette fin. L'importance des échanges avec les collègues (savoir «parler et écouter») est un élément clé. Il s'agit de présenter des approches de solutions, des modes de comportement et des offres de soutien. **Parmi les instruments s'avérant adaptés au transfert des contenus mentionnés, on peut citer les cours, les jeux de rôle, le matériel d'information et les méthodes de développement des compétences sociales et communicatives.**

**Commitment et leadership de la direction (clinique): les supérieurs hiérarchiques, plus particulièrement ceux du secteur clinique, détiennent une fonction capitale dans la gestion constructive des erreurs.** Le développement des compétences des cadres est donc d'une importance vitale. Dans le contexte de la gestion des erreurs, les supérieurs hiérarchiques du secteur clinique ont trois missions essentielles à assumer à l'égard de leurs collaborateurs:

1. **Le soutien actif des collaborateurs directement concernés:** dans une situation aiguë faisant suite à une erreur, il relève de la responsabilité des cadres cliniques d'**identifier le stress du collaborateur et d'y réagir sur un mode adéquat.** Il leur incombe de thématiser la situation du collaborateur de manière systématique et proactive. Un comportement passif – attendre par exemple que le collaborateur prenne contact – ne permet pas d'atteindre l'objectif recherché. C'est donc au contraire aux supérieurs hiérarchiques de prendre contact de manière active avec le collaborateur, de lui proposer un entretien et de l'aider à dépasser l'incident. Au cours de tels entretiens, de fortes réactions émotionnelles peuvent se produire, qu'il convient de calmer. **Il est essentiel de s'exprimer clairement et sans équivoque.** S'il s'agit d'une erreur, il conviendra donc de la nommer comme telle. A long terme, chercher un faux-fuyant ne sera pas constructif dans l'optique de la gestion de l'erreur. Une communication fiable et sans équivoque revêt toute son importance précisément dans les situations de

crise émotionnelle. Après une erreur, les collaborateurs impliqués ont absolument **besoin de voir confirmer leur compétence professionnelle, de comprendre et de discuter le processus de décision (clinique) en cause et de renforcer leur propre estime.** Passer en revue, ensemble, les processus, les décisions et les actes qui ont mené à l'erreur peut être très efficace pour répondre à ces besoins et **se rapprocher d'une évaluation de soi réaliste,** grâce au feedback des **supérieurs hiérarchiques.** Il convient, avec le collaborateur concerné, de vérifier s'il existe des besoins de formation ou de perfectionnement complémentaires et si oui, dans quels domaines. Avec lui également, les **supérieurs hiérarchiques** devront examiner si la délégation à d'autres entités internes ou externes est souhaitée ou nécessaire. Les responsables de direction ont un rôle clé à jouer dans l'examen de ces questions. En général, il est avisé de renouveler les offres d'entretien et de continuer, à moyen et long terme également, à «observer» le collaborateur. **Il est fréquent que l'insécurité, la peur de nouvelles erreurs et les doutes quant à sa propre compétence conduisent celui-ci à une vigilance accrue et à une intensification de sa démarche d'information.** Cela signifie qu'il prendra énormément de précautions pour couvrir son processus de décision clinique, ce qui pourra s'exprimer par une fréquence accrue de mesures diagnostiques, l'intensification de l'étude autodidacte et des questions fréquentes aux collègues et supérieurs hiérarchiques. Jusqu'à un certain point, ce sont des signes de gestion constructive de l'incident que l'on doit, dans la mesure du possible, appuyer temporairement ou proposer de manière active. Consulter un membre de l'encadrement dans certains cas cliniques spécifiques peut s'avérer une suggestion très avisée au collaborateur. **Toutefois, on veillera alors à ce que cette proposition ne soit pas ressentie comme une sanction et à ce qu'elle ne vienne pas accroître le sentiment d'insécurité.**

2. **L'exemple:** l'une des formes d'apprentissage les plus productives et efficaces est l'exemple. Dans cet esprit, il serait souhaitable que les cadres parlent ouvertement de leurs erreurs et communiquent leur propre expérience dans la gestion de telles situations de crise. Ainsi les collaborateurs se trouveront-ils préparés à l'idée qu'une telle situation leur arrivera vraisemblablement un jour ou



l'autre («normalité de l'événement») et que **ce fait n'est pas en contradiction avec une activité clinique réussie**. Par ailleurs, ils pourront ainsi découvrir l'expérience et les jugements de leurs **supérieurs hiérarchiques**, ce qui pourra leur donner confiance pour s'adresser à eux s'ils devaient être eux-mêmes impliqués dans une erreur. Ces dernières années, des avancées ont été observées en ce qui concerne la communication sur les aspects «techniques» des erreurs dans les institutions de santé. Une gestion tout aussi ouverte de la situation de stress psychosocial issu de l'implication dans un incident est elle aussi nécessaire et souhaitable. **Réduire la question à la simple constatation que des erreurs peuvent se produire sans thématiser les réactions individuelles telles que les émotions, les insomnies, les symptômes végétatifs est contre-productif**. Les supérieurs hiérarchiques doivent prendre conscience du fait qu'ils sont un modèle pour leurs jeunes collaborateurs et qu'ils peuvent fortement influencer leur mode de gestion des erreurs.

3. **La fonction de direction dans son propre domaine de compétence**: le personnel d'encadrement a la possibilité et le devoir, dans son domaine de compétence, de créer des structures, des conditions générales et un climat culturel propices à une gestion constructive des erreurs. Ceci implique en premier lieu l'anticipation et le développement d'un concept définissant le mode sur lequel seront gérées, dans l'équipe, les erreurs et les situations de stress en résultant. Selon les conditions-cadres spécifiques, il pourra être également avisé d'établir une check-list pour les situations aiguës. L'utilisation des structures existantes ou la création de nouvelles structures consacrées à l'analyse des erreurs au sein de l'unité d'organisation (cf. pilier 3, «structures de soutien») est un aspect essentiel du domaine de compétence des cadres. Parmi ces structures, on peut citer, entre autres, les discussions de cas (conférences morbidité-mortalité) et les débriefings. **Dans la mesure du possible, ces offres de soutien doivent être intégrées dans l'environnement de travail clinique**. Elles devront être mises à profit de manière cohérente et sensible pour l'analyse des erreurs. **Sanctionner, ridiculiser, humilier et dévaloriser sont à éviter, au même titre que la tenue d'entretiens de conduite plus ou moins publics**. La raison d'être de ces offres est l'analyse de l'incident, de ses répercussions et des

facteurs et processus l'ayant rendu possible. Les aspects émotionnels et le stress peuvent être abordés lorsque le climat et la situation personnelle du collaborateur le permettent. Les discussions formelles de cas offrent non seulement la possibilité d'analyser l'erreur au sein de l'équipe, mais ont également l'avantage de représenter un point d'ancrage pour des échanges informels. Le perfectionnement du personnel en termes de compétences communicatives et sociales au sein de l'équipe est un autre aspect structurel. Pour le développement d'un climat positif, propice à la gestion des erreurs, **la mentalité de «bouc émissaire», le mobbing et la dévalorisation de collaborateurs du fait d'un événement sont explicitement et rigoureusement à proscrire au sein de l'unité d'organisation**. Les **supérieurs hiérarchiques** doivent affirmer explicitement qu'**ils ne sauraient tolérer un tel comportement dans leur domaine de compétence**. Ici aussi, il convient de rappeler l'importance d'un langage clair et sans équivoque.

**Structures organisationnelles de soutien**: parallèlement à la promotion des compétences sociales et communicatives de tous les collaborateurs et, plus particulièrement, des cadres, des structures organisationnelles de soutien favorisant la gestion des erreurs et atténuant le stress des collaborateurs doivent être développées et proposées. La mise en place d'une aide psychologique d'urgence est particulièrement importante, et **la présence d'un interlocuteur interne ou externe dont le rôle est d'intervenir dans les situations de crise auprès des collaborateurs directement touchés est indispensable**. L'objectif de mesures de ce type, d'un accès facile, est d'agir contre les traumatismes dans le cas des erreurs graves et d'identifier les besoins d'encadrement complémentaires (triage). Un premier triage peut le cas échéant s'effectuer par l'intermédiaire d'une hotline qui garantit une prise de contact anonyme. Outre l'aide d'urgence, il convient d'établir et de promouvoir des structures qui **feront progresser la culture de la sécurité dans l'établissement**. La mise sur pied de systèmes de déclaration des erreurs, la promotion de la collaboration entre équipes, l'analyse systématique des erreurs par des méthodes appropriées (Error&Risk Analysis, Root Cause Analysis, etc.) relèvent de ces structures. Les offres de sensibilisation et de prise de conscience des collaborateurs, ainsi que la sélection et le soutien des cadres dans le développement des compétences, doivent être introduits de manière sys-

tématique dans les structures et processus internes, de sorte qu'à moyen terme, l'ensemble de l'établissement les intègre de manière fiable et durable. **Enfin, la progression de carrière des supérieurs hiérarchiques devrait être liée à l'acquisition des qualifications requises.** Au niveau de l'évolution et de la sélection des cadres, une plus forte pondération stratégique doit en conséquence être donnée aux qualifications requises. Les contenus dispensés en matière de gestion constructive des erreurs doivent se refléter dans la politique de l'institution concernée et être portés et défendus de manière active par les **supérieurs hiérarchiques.**

**Développement et mise en pratique:** dans les établissements, la gestion des erreurs doit faire l'objet d'un entraînement permanent. Les comportements, les réactions adéquates et l'expérimentation de structures ne peuvent être mis en place par des interventions isolées. Ils requièrent des possibilités de développement à long terme. La compétence sociale et la communication au sein de l'équipe et dans l'ensemble de l'institution se développent au fil de l'expérience et de la mise en application au quotidien; leur interaction avec les structures et les événements donne lieu à un processus d'adaptation et de transformation. Le contrôle et la surveillance de ce processus fait donc partie des tâches fondamentales de direction.

Les **supérieurs hiérarchiques** doivent également envisager le fait qu'ils pourraient eux-mêmes être dépassés par la gestion de la situation, notamment dans le cas d'erreurs graves. Il peut s'avérer judicieux de prévoir une supervision pour cette éventualité. Dans la gestion des erreurs et le soutien des collaborateurs, les cadres doivent absolument voir un défi dont la maîtrise exige des processus d'apprentissage et d'expérience. **Reconnaître la nécessité d'acquérir les compétences nécessaires n'est pas une faiblesse, mais souligne au contraire la qualité d'un supérieur hiérarchique. Outre l'acquisition de connaissances théoriques, les cours et les séminaires pour cadres constituent des instruments adéquats pour le développement et l'ancrage des compétences de direction requises et pour le renforcement de la vigilance.**

## 9 Instruments, offres et ressources

### 9.1 Instruments de la Fondation pour la Sécurité des Patients

Différents instruments sont offerts pour intervenir sur les points d'ancrage décrits précédemment et initier des changements. Des «outils» – procédures, concepts ou check-lists – peuvent être par ailleurs utilisés pour la gestion concrète des erreurs. Ce n'est pas de ces instruments dont il est question ici, mais des moyens et interventions permettant d'acquérir des compétences et de mobiliser des ressources dans la gestion des erreurs, afin notamment d'être en capacité d'élaborer et d'utiliser du matériel pour son propre établissement, d'édifier des structures et de développer des comportements.

Pour susciter un changement de culture durable dans une institution, il convient de prendre en compte les différents groupes cibles et les différents points d'ancrage.

Dans ce contexte, la Fondation propose et élabore actuellement les offres suivantes:

- la présente publication, qui constitue le document clé
- le résumé (voir annexe)
- une brochure
- des formations et supports de cours pour les collaborateurs et les cadres
- un court métrage (prévu/en développement)

Avec ces offres, la Fondation entend soutenir les organismes de santé dans l'analyse ciblée de cette thématique, développer la sensibilisation, le commitment et le leadership, garantir la mise en œuvre de mesures internes, créer des structures ad hoc et susciter des changements de comportement. (cf. Tab. 9)

Tab. 9:

Résumé des champs d'action et des instruments de la Fondation pour la Sécurité des Patients, classés par groupe cible

Groupe cible	Points d'ancrage	Contenus	Instruments
Tous les collaborateurs	Sensibilisation Développement et mise en pratique	Information Réflexion Disposition Communication Entraînement	Enseignement de base Brochure Film documentaire
Cadres	Commitment - Soutien actif - Fonction de modèle - Gestion des structures - Développement et mise en pratique	Acquisition de compétences Entraînement	Formation des cadres Publication
Personnes impliquées	Sensibilisation Sollicitation d'offres de soutien	«Normalité» de la réaction Aide d'urgence	Enseignement de base Brochure Interlocuteurs

## 9.2 Interlocuteurs possibles

- Médecin d'entreprise
- Services psychologiques ou service de soutien de l'établissement
- Service du personnel
- Médiateur de l'hôpital
- Services et centres d'intervention de crise (y compris externes)
- Coaches et superviseurs
- Psychologues et thérapeutes libéraux
- ReMed – Réseau de soutien pour médecins  
[www.swiss-remed.ch](http://www.swiss-remed.ch)

Renseignez-vous sur les interlocuteurs internes et externes existants.

Si nécessaire, organisez des offres adéquates et faites-les connaître dans votre établissement.

## 9.3 Informations nationales et internationales – Offres

- Schweizerische Balint-Gesellschaft  
<http://www.balint.ch>
- Krisenintervention Schweiz  
<http://www.krisen-intervention-schweiz.ch>
- Institute for Healthcare Improvement  
<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Changes/IndividualChanges/Create+an+Adverse+Event+Response+Team.htm>
- University of Missouri health System – forYOU Team  
<http://www.muhealth.org/body.cfm?id=1876>  
(Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. Jt Comm J Quality Safety 2010 May;36(5):233-40.)
- Medically Induced Trauma Support Services  
[http://www.mitss.org/clinicians\\_home.html](http://www.mitss.org/clinicians_home.html)
- International Critical Incident Stress Foundation  
<http://www.icisf.org/about/>
- Brigham and Women's Hospital – Peer support for physicians  
<http://www.brighamandwomens.org/publicaffairs/publications/DisplayMSN.aspx?articleid=1715&issueDate=11/1/2008%2012:00:00%20AM>

### **Impressum**

Editeur: Fondation pour la Sécurité des Patients, Zurich

Graphisme: René Habermacher, Visuelle Gestaltung, Zurich

Traduction: Apostroph SA Lucerne

Lectorat: Dr Jean-Blaise Wasserfallen, Françoise de Coulon, mimetis

Impression: Spillmann Druck AG, Zurich

Mai 2011

© Fondation pour la Sécurité des Patients, Zurich

### **Fondation pour la Sécurité des Patients**

#### **Bureau et contact**

Asylstrasse 77, CH-8032 Zurich

Téléphone. +41 (0)43 243 76 70, fax +41 (0)43 243 76 71

[www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch), [info@patientensicherheit.ch](mailto:info@patientensicherheit.ch)

#### **Siège de la Fondation**

c/o Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), Bâle

ISBN 3-905803-06-2

---

Cet ouvrage fait partie de la vaste série des publications de la Fondation pour la Sécurité des Patients traitant des divers aspects de la sécurité des patients et de la gestion du risque clinique. Des informations concernant tous ces documents et leurs possibilités de commande figurent sous [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch).





## Publication sécurité des patients Suisse



Fondation pour la Sécurité des Patients  
Bureau et Contact  
Asylstrasse 77, CH-8032 Zurich  
Tél. +41 (0)43 244 14 80  
Fax +41 (0)43 244 14 81  
[www.securitedespateurs.ch](http://www.securitedespateurs.ch)  
[info@securitedespateurs.ch](mailto:info@securitedespateurs.ch)

Siège  
c/o Académie suisse des  
sciences médicales (ASSM)  
Petersplatz 13, CH-4051 Bâle

ISBN-Nr. 3-905803-06-2



**patientensicherheit** schweiz  
**sécurité des patients** suisse  
**sicurezza dei pazienti** svizzera  
**patient safety** switzerland