

QUAND LE PATIENT N'EST PAS LA SEULE VICTIME

L'HISTOIRE

Le 23 février, Antoine, un homme âgé de 79 ans, atteint d'une bronchopneumopathie chronique obstructive et d'une insuffisance cardiaque terminale, s'est présenté au service des urgences en raison d'une aggravation soudaine de son essoufflement et de la production de ses glaires. Une radiographie thoracique révèle un épanchement pleural droit modéré. Un traitement diurétique et bronchodilatateur a été prescrit. Cependant, deux jours plus tard et suite à une diurèse de plus de 2,5L, le patient continue à se plaindre de dyspnée. L'équipe en charge décide de réaliser une ponction pleurale. Le médecin

assistant de l'équipe est désigné pour cette procédure. Après avoir obtenu le consentement du patient et de sa femme, le médecin assistant effectue la ponction. La procédure a dû être interrompue car le médecin assistant n'a aspiré que de l'air et du sang. C'est à ce moment que le médecin assistant réalise qu'il a pratiqué la ponction du côté gauche au lieu du côté droit. Une heure après la procédure, le patient développe une hémoptysie. Une radiographie réalisée au niveau du thorax révèle un pneumothorax du côté gauche et un épanchement pleural persistant du côté droit.

Malheureusement, l'état de santé du patient a continué à se détériorer et approximativement quatre heures après l'intervention celui-ci fini par décéder. Suite à ces évènements, la famille du patient a décidé de déposer une plainte contre l'hôpital et contre le médecin assistant. Celui-ci, se sentant complètement dévasté par l'évènement et remettant en question sa propre aptitude pour soigner, a demandé de s'absenter pour quelques temps.

L'ANALYSE

Quand une erreur se produit, celle-ci peut affecter non seulement le patient et ses proches mais également les soignants impliqués. Un professionnel impliqué dans un évènement indésirable grave peut ressentir une véritable souffrance, ayant des répercussions dans ses pratiques professionnelles et sa vie personnelle. Ce phénomène a été décrit en 2000 par Wu, en introduisant la notion de *seconde victime*¹ : *Une seconde victime peut être définie comme un soignant impliqué et traumatisé par un évènement imprévu et défavorable pour un patient et/ou une erreur médicale dont il se sent souvent personnellement responsable et qui occasionne un sentiment d'échec et remet en question son expérience clinique et ses compétences fondamentales.* De nombreux auteurs estiment que, 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, notamment les médecins, les infirmiers, le personnel d'assistance, les pharmaciens, les techniciens, les thérapeutes, etc.

Pour les médecins assistants ou résidents (*residents* en anglais), plusieurs études de la littérature anglo-saxonne ont abordé ce sujet. Dans un premier rapport, Mizrahi² a constaté que 47% des médecins assistants en médecine interne ont déclaré avoir commis des erreurs graves au cours de leur formation. Par la suite, Wu et ses collègues³ ont trouvé une proportion similaire (45%). Une autre étude⁴, réalisée parmi les médecins assistants, a révélé que 34% d'entre eux ont commis au moins une erreur médicale majeure au cours de leur formation.

Comme mentionné, les conséquences d'une erreur peuvent être graves, allant de la déstabilisation passagère aux troubles psychiques et somatiques à long terme. Dans une étude menée auprès de résidents en médecine interne, commettre une erreur augmenterait de trois fois le risque de dépression, d'épuisement professionnel et une diminution globale de leur qualité de vie⁴. Waterman et ses collègues⁵ ont également montré que, les médecins ayant commis une erreur présentaient une anxiété accrue par rapport à d'éventuelles futures erreurs ; une perte de confiance en soi ; des problèmes de sommeil ; une diminution de la satisfaction au travail et une crainte des répercussions au niveau de leur réputation. Ces conséquences peuvent persister durant une période de quelques jours, quelques années ou être même permanentes. Outre les répercussions psychologiques pour les professionnels, le phénomène de seconde victime a également un impact sur la sécurité des patients. Si les répercussions d'une implication dans un évènement indésirable ne sont pas traitées de manière systématique et constructive, un cercle vicieux peut s'installer (erreur > dégradation de la performance > augmentation du risque d'erreur).

Il est difficile de prévoir l'impact d'une erreur chez un professionnel, cependant, deux facteurs liés à l'erreur en elle-même ont été identifiés pour prévoir cet impact : les conséquences pour le patient et le degré de responsabilité ressenti par le professionnel. Plus l'évènement induit par l'erreur est grave pour le patient et plus la responsabilité perçue par le soignant est grande, plus grand sera le traumatisme pour le soignant.⁶

Compte tenu de l'impact important que les erreurs peuvent avoir sur les professionnels de soins, une question importante se pose : comment celles-ci peuvent-elles être traitées pour minimiser les dommages qu'elles provoquent ? Bien évidemment, la prévention est le premier mot-clé : une erreur qui est évitée n'exige pas la mise en place de tout un processus de rétablissement pour le patient et le professionnel. Cependant, une fois que l'erreur s'est produite, la littérature suggère plusieurs stratégies importantes.^{7, 8, 9, 10, 11}

Culture positive envers les erreurs

Il est important de créer un climat positif face à l'erreur. Dans ce type d'environnement, les incidents peuvent être verbalisés et discutés de manière positive et les conséquences pour les personnes impliquées sont traitées ouvertement. Toute humiliation, accusation ou sanction est exclue. Il s'agit avant tout de sensibiliser les professionnels et de leur rappeler que l'erreur fait partie intégrante de la pratique et qu'elle n'est pas, le plus souvent, la traduction d'une incompétence du professionnel. Ce changement de culture vise à réduire le sentiment de culpabilité des personnes impliquées, sans pour autant négliger la responsabilité individuelle. L'objectif est de créer une culture d'apprentissage ouverte, dans laquelle la gestion des erreurs est intégrée dans la culture de l'organisation, mais où on attend des professionnels qu'ils aient le sens des responsabilités.

Les supérieurs hiérarchiques ainsi que la direction médicale et infirmière ont le devoir de créer les conditions et le climat culturel propice à une gestion constructive des erreurs. Ceux-ci doivent communiquer et garantir une culture sûre et juste ainsi qu'affirmer explicitement que les comportements d'humiliation et de sanction ne sont pas tolérés au sein de l'institution. Ils peuvent également donner l'exemple en exposant leurs propres erreurs, ainsi que les répercussions psychosociales qui en résultent. Ceci pourrait également donner confiance aux professionnels pour qu'ils s'adressent à eux s'ils devaient être eux-mêmes impliqués dans une erreur.

Structures de soutien et formation des professionnels

Outre la culture de sécurité et le climat d'acceptation envers les erreurs, les organisations doivent mettre en place des structures de soutien et de formation des professionnels. Dans une étude qualitative menée auprès de médecins généralistes, la majorité ont exprimé le besoin de soutien après la plus grave erreur qu'ils aient commise.¹² Parmi les besoins ressentis, celui de *parler de l'incident avec quelqu'un* (63%), la *confirmation de la compétence professionnelle* (59%), et la *confirmation de la justesse du processus de décision* (48%) ont été les plus cités. Par ailleurs, Waterman, dans son étude, a constaté que les médecins n'ayant bénéficié d'aucun soutien après la survenue d'une erreur ont présenté plus de symptômes de stress.⁵

Les offres de soutien peuvent être informelles ou formelles et doivent reposer sur une approche à différents niveaux (soutien par les pairs, soutien psychologique spécialisé, etc). L'objectif d'un tel soutien doit être de prévenir les répercussions négatives pour les professionnels ainsi que d'assurer la qualité des soins et la sécurité du patient. Cette approche permet également de vérifier, en collaboration avec le professionnel concerné, s'il existe des besoins de formation ou de perfectionnement. Idéalement, l'équipe de soutien doit être disponible 24h/24h 7j/7j et la mise en place d'une aide psychologique est particulièrement importante. À l'international, plusieurs programmes de soutien aux secondes victimes ont été développés (forYOU, YOU Matter, RISE, MITTS, etc.). Dans le cadre de ces programmes, des équipes multidisciplinaires offrent un soutien psychologique à tout professionnel qui en fait la demande, ainsi que des séances de groupe pour des situations impliquant des événements majeurs.

Les autres formes d'interventions susceptibles d'apporter une aide aux secondes victimes sont les structures consacrées à l'analyse des erreurs, notamment les revues de morbidité-mortalité et les débriefings. Ces deux outils, souvent appréciés par les médecins assistants, permettent de communiquer ouvertement sur les incidents et les erreurs mais également d'ouvrir les portes à des discussions informelles et plus approfondies.

De plus, la sensibilisation et la formation des professionnels à l'égard des erreurs et du phénomène de seconde victime s'avèrent tout aussi importantes et favorisent le changement culturel. Ces formations devraient aider les professionnels à comprendre que les erreurs font partie de l'être humain, à favoriser une discussion ouverte sur les erreurs, à comprendre les stratégies à adopter face à une erreur, ainsi qu'à les mettre en garde face aux stratégies inadaptées.

Divuligation

La divulgation est un processus formel qui implique une discussion ouverte entre les professionnels de soins et un patient/sa famille à propos d'un incident lié à la sécurité. Plusieurs auteurs soulignent que le fait de révéler l'erreur au patient peut avoir un effet favorable sur le professionnel impliqué dans l'incident et que l'instauration d'une politique de la divulgation, associée à des mesures appropriées, constitue fondamentalement un facteur de soutien pour les professionnels.

¹ Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320:726-727

² Mizrahi T. Managing medical mistakes: ideology, insularity, and accountability among internists-in-training. *Soc Sci Med*. 1984;19:135-146

³ Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *JAMA*. 1991;265:2089-2094

⁴ West CP, Huschka MM, Novotny PJ, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2006;296:1071-1078

⁵ Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. 2007;33:467-476

⁶ Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM. Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Acad Med*. 2006;81:86-93.

⁷ West CP, Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Med Educ* 2007;7:29.

⁸ Stone M. Second victim support programs for healthcare organizations. *Nurs Manage*. 2020;51(6):38-45

⁹ Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu II. Second victims in health care: current perspectives. *Adv Med Educ Pract*. 2019;10:593-603.

¹⁰ Seys D, Wu AW, Van Gerven E, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof*. 2013;36(2):135-162

¹¹ Coughlan B, Powell D, Higgins MF. The Second Victim: a Review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;213:11-16

¹² Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med*. 1996;5(2):71-5