Nantes Université

Mémoire de grade Master

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

Institut de Formation des Infirmiers Spécialisés
École d'Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État

Travail de fin d'études pour l'obtention du grade Master et du diplôme d'état d'infirmier anesthésiste

Seconde victime IADE

Reconnaissance et Résilience

Auteur : Rodolphe Patault
Promotion : 2021/2023

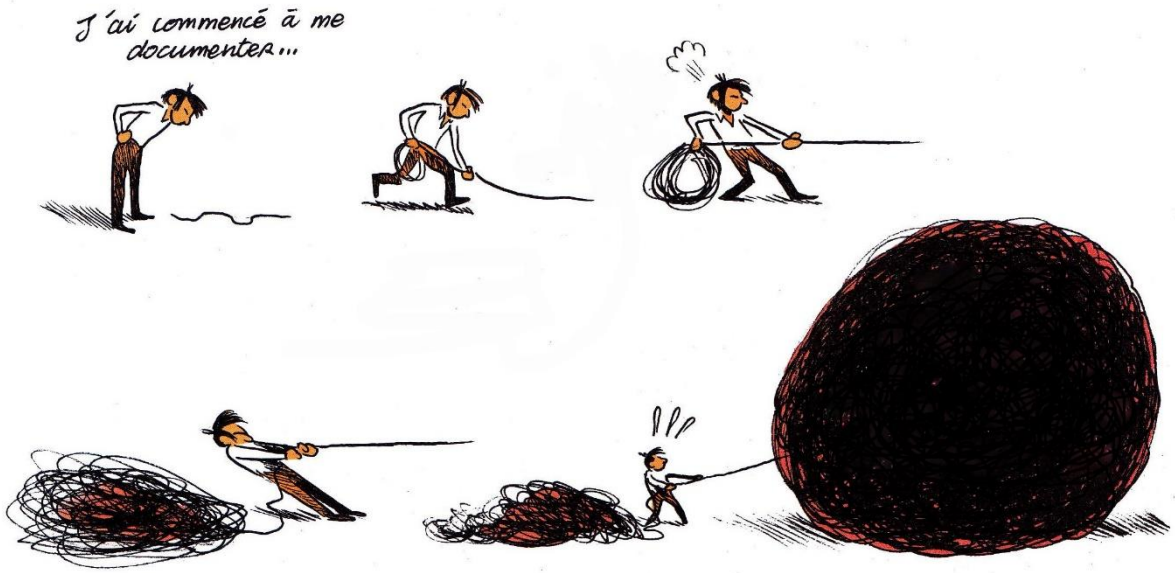
Sous la direction de M. Romain Archereau

Expert : M. Corentin Parfait

Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

Conditions de partage de l’œuvre sous licence consultables en français

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr



(Jancovici & Blain, 2021)

Remerciements

Réaliser un mémoire, c’est faire appel à ceux qui nous ont précédés dans cet exercice. Alors j’adresse mes remerciements sincères à tous les professionnels qui m’ont accompagné dans l’élaboration de mon travail de fin d’études :

À Romain Archereau (IADE), pour la qualité de sa direction. Je ne pouvais espérer mieux.

A Corentin Parfait (IADE) pour son point de vue éclairant.

À l’équipe pédagogique IADE de l’IFIS de Nantes, Alexia Rocher, Gaël Geantot et Arnaud Espinet pour leur implication de chaque instant durant la formation.

À Stéphanie Joyeux, cadre formateur APHP, pour m’avoir mis le pied à l’étrier de mon cadre conceptuel.

À Nathalie Robinson, membre fondatrice des Facteurs Humains en Santé (FHS) et cadre formateur IADE du CHU de Bordeaux pour notre échange autour de ce thème passionnant.

À Maxime Léger (MAR) pour l’intérêt porté à mon outil quantitatif et ses encouragements à faire valoir les résultats de son travail de recherche.

À ma promotion, parfait mélange de sérieux et de folie. Ces deux années parmi vous ont été un pur bonheur.

À mes futur(e)s collègues, qui ont œuvré à la diffusion de mon questionnaire.

À mes parents et beaux-parents qui ont mis de l’huile dans les rouages de l’intendance familiale.

À Fanchon, Milo et Sam pour leur endurance à faire face à leur père étudiant sans trop nourrir de ressentiment.

Et enfin ... à Géraldine, la pièce maîtresse.

Sommaire

I Introduction 3

II Situations de départ 4

II - 1 Première situation 4

II - 2 Seconde situation 4

II - 3 Questionnement 5

III Analyse conceptuelle 7

III - 1 La tâche 7

III - 1 - a) De la tâche à l'activité 7

III - 1 - b) La tâche dans tous ses états 8

III - 1 - c) But et conséquences de la tâche 9

III - 2 L'erreur humaine 10

III - 2 - a) Définition 10

III - 2 - b) Les niveaux d'activité 11

III - 2 - c) Taxonomie de l'erreur 12

III - 2 - d) Modélisation de l'accident 15

III - 3 La culture sécurité 17

III - 3 - a) Histoire et cadre réglementaire 17

III - 3 - b) Les cinq piliers de la culture sécurité 18

III - 3 - c) Construction d'une culture sécurité 20

III - 3 - d) Évaluation de la culture sécurité 21

III - 4 Le syndrome de seconde victime (SSV) 22

III - 4 - a) Tableau clinique 22

III - 4 - b) Processus mental 24

III - 4 - c) Évaluation des besoins 25

III - 4 - d) Prise en charge 26

IV Question de recherche 28

IV - 1 Hypothèses 28

V Étude exploratrice 29

V - 1 Méthodologie 29

V - 1 - a) Populations cibles 29

V - 1 - b) Outils quantitatifs 29

V - 1 - c) Outil qualitatif 31

VI Résultats de l'enquête 33

VI - 1 Présentation des résultats 34

VI - 1 - a) Données sociodémographiques outils quantitatifs 34

VI - 1 - b) Données sociodémographiques outil qualitatif 38

VI - 1 - c) Culture sécurité 39

VI - 1 - d) L'erreur dans la pratique IADE 44

VI - 1 - e) Perception de soutien 55

VI - 1 - f) Résilience 57

VII Éléments de discussion 65

VII - 1 Limites 65

VII - 2 Synthèse des résultats 66

VII - 3 Projection professionnelle 66

VII - 3 - a) Seconde victime, un levier pour la culture sécurité 66

VII - 3 - b) RMM et reconnaissance des secondes victimes 68

VII - 3 - c) Binôme MAR-IADE : briefing et débriefing 69

VII - 3 - d) Les facteurs humains : un engagement IADE 70

VIII Conclusion 71

IX Bibliographie 72

X Sommaire des annexes 76

I Introduction

Durant mes vingt années d'expérience infirmière, ma vision de l'événement indésirable en soin a connu plusieurs révolutions. Jeune diplômé, l'enjeu était de ne surtout pas être à l'origine d'une erreur, quelle que soit sa nature. La formation et la connaissance constituaient pour moi un rempart indépassable. Et pourtant.

Commettre une erreur, c'est rebattre les cartes de ses certitudes professionnelles. C'est entrer dans une période de doute, de remises en question dont l'issue peut marquer un tournant dans une carrière soignante.

En m'engageant dans la formation d'infirmier anesthésiste, j'ai découvert un milieu extrêmement exigeant. L'ouverture de salle, la maîtrise absolue de la pharmacopée, les check-lists en interdisciplinarité sont autant de marqueurs forts d'une culture sécurité particulièrement aiguisée.

Nourri de mon expérience passée, j'ai voulu interroger mes futures collègues sur leur rapport à l'erreur, ses conséquences sur leur pratique et leur processus de résilience face à l'événement.

Dans la première partie, deux situations de départ seront développées ainsi que le questionnement soulevé. La deuxième partie sera consacrée au cadre conceptuel relatif à ma thématique. Dans une troisième partie, la question de recherche sera posée. Afin de tester les hypothèses émises, le choix d'une enquête mixte a semblé le plus pertinent. La méthodologie des outils sera détaillée dans une quatrième partie accompagnée des résultats et leur analyse. Dans la partie finale, les hypothèses seront vérifiées et ouvriront la voie aux éléments de discussion. La projection professionnelle sera l'aboutissement de ce travail de recherche.

II Situations de départ

II - 1 Première situation

Lors d'un stage de fin de première année, mon IADE référent me précise que le médecin anesthésiste avec qui nous travaillons aujourd'hui utilise beaucoup le rémifentanil dans ses stratégies d'induction. Aussi, il commence la préparation du premier plateau pendant que moi je suis chargé de vérifier tout le volet ouverture de salle et respirateur. La première intervention chirurgicale suit son cours.

L'IADE me demande alors de préparer le plateau d'induction du prochain patient. Dans l'intervalle, le médecin me signale un changement de stratégie d'anesthésie et opte finalement pour du sufentanil en morphinique. Je distingue dans le plateau de réserve une seringue de 5 mL baguée bleue que je crois être du sufentanil. Je la pose alors dans mon plateau d'induction sans vérifier l'intitulé du principe actif inscrit sur l'étiquette.

Lors de l'induction suivante, le médecin anesthésiste réanimateur injecte le morphinique et s'aperçoit en fin d'injection qu'il s'agissait de rémifentanil. Je signale alors que je suis à l'origine de l'erreur, le médecin admet ne pas avoir relu l'étiquette de la seringue, quant à l'IADE, il reconnaîtra ne pas avoir vérifié la conformité du plateau réalisé par l'étudiant que je suis. Quand bien même il n'y eut aucune incidence sur l'état de santé du patient, je note un changement dans mon état psychologique durant le reste de la journée :

Un fort sentiment de culpabilité s'impose à moi. Je sens que mon niveau de concentration est plus faible car mes pensées sont en grande partie tournées vers cette erreur. Ainsi je suis moins attentif à mon environnement et aux prises en charge en cours. Conséquences : pertes d'informations, posologie baby-noradrénaline inadaptée (sur-erreur).

Malgré un court débriefing à chaud avec l'IADE bienveillant qui m'encadre, les symptômes ne passent pas. Les jours suivants, je souffre d'insomnie ce qui entraînera une fatigue physique et psychologique. Il me faudra quelques jours supplémentaires et un entretien avec mon cadre formateur pour que la confiance en mes qualités professionnelles revienne et ainsi transformer cette expérience négative en occasion de mettre en place les mesures correctives pour l'avenir.

II - 2 Seconde situation

Le weekend suivant, je me rends au congrès de la SFAR où j'assiste à une conférence sur les erreurs médicamenteuses en anesthésie : bilan et analyse des signalements de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) sur 10 ans. J'apprends que l'ANSM qualifie l'erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation (ou bloc opératoire) de « *Never event* ». À la fin d'une revue de cas, l'animateur posa la question suivante à l'assistance :

« Qui, lors de sa carrière de soignants, a commis une erreur médicamenteuse ? »

Silence dans la salle. Après quelques secondes d'hésitation, quelques bras se levèrent puis la quasi-unanimité du public leva la main. La dynamique de la réponse est importante, car j'ai ressenti à ce moment précis un sentiment de gêne, comme une réticence à révéler cette expérience négative au grand jour. Et là, le concept de seconde victime est abordé.

C'est pour moi une vraie découverte d'autant que cela fait sens avec mon expérience décrite en première situation. La parole se libère dans l'assistance et les dégâts collatéraux de l'erreur sont abordés. Je précise que la grande majorité des intervenants sont des IADE :

- Peur de la sanction institutionnelle
- Peur de la sanction judiciaire : affaire de Brest en délibération
- Jugement des pairs
- Perte de confiance en sa pratique
- Sentiment d'ostracisme.

II - 3 Questionnement

Au cours de ma carrière professionnelle, j'ai participé à des comités de retour d'expérience (CREX). L'analyse des incidents ou accidents est un exercice riche professionnellement. J'ai pu observer que les événements indésirables étaient plus ou moins impactant sur le plan institutionnel, organisationnel et individuel et que les réponses apportées, parfois, pouvaient être complexes. C'est un domaine dynamique en ajustement constant qui est propice à la réflexion, à la recherche. C'est pourquoi j'ai été sensible aux problématiques soulevées par mes situations de départ.

La question la plus prégnante fut : pourquoi ai-je été autant impacté psychologiquement et physiquement par mon erreur ?

Cela tient vraisemblablement pour partie de ma représentation du métier d'infirmier. Lors de notre formation initiale et spécialisée, nous apprenons la dangerosité des principes actifs. Nous apprenons les effets indésirables des médicaments, à calculer des posologies. Tous ces principes de sécurité visent à diminuer la iatrogénie qu'induit notre activité professionnelle (Piriou et al., 2017). Dans mon imaginaire de soignant, je n'ai pas le droit à l'erreur. C'est une responsabilité que j'ai assumée en tant qu'infirmier et que j'assumerai en tant qu'IADE. Cela tient probablement aussi au fait que je perçois la pratique de l'anesthésie comme une activité extrêmement codifiée, sécurisée, protocolisée où l'erreur ne peut pas avoir de prise.

Mais il faut revenir à la réalité des choses : « *Errare humanum est* ».

Les évènements indésirables graves liés aux soins (EIGS) font partie de notre activité de soins et l'HAS s'en fait l'écho chaque année dans son rapport thématique. Les erreurs médicamenteuses en sont la troisième cause (*HAS Rapport EIGS*, 2020) et elles surviennent toutes les 95 à 120 anesthésies (Webster et al., 2001 ; Zhang et al., 2012). Une extrapolation rapide rapportée aux 13 millions d'anesthésies / an en France nous amène à une moyenne de 130 000 erreurs médicamenteuses chaque année. C'est donc se bercer d'illusion que de croire que l'on n'y sera pas confronté lors de sa carrière.

Ensuite, j'ai refait le fil de mon action en essayant de comprendre le processus qui m'avait amené à commettre cet impair : sont-ce des raisons personnelles (compétence, défaut de concentration, incompréhension de la prescription) ? organisationnelles (changement de stratégie d'anesthésie) ?, environnementales (espace de travail, bruit, interruption de tâche) ?

Au final, quels facteurs ont interféré sur ma tâche en cours ?

En interrogeant quelques collègues IADE sur leur expérience face à l'erreur, il y a très souvent un moment de flottement au début de la discussion. Rares sont ceux qui ont abordé frontalement le sujet en m'exposant leur histoire. C'est cette même chape de plomb que j'ai ressentie lors du congrès de la SFAR développée dans ma seconde situation. Alors, le sujet serait-il tabou ? Le caractère très négatif de leur expérience (remise en question, souffrance psychologique, sentiment de jugement voire d'exclusion) les invite, de toute évidence, à la discrétion. En toute fin de conférence, le modérateur a nommé cet état : *le syndrome de seconde victime.*

Quel est donc ce syndrome ? Est-il bien documenté ? De quelles ressources personnelles et/ou institutionnelles les IADE disposent-ils pour y faire face ?

Après une recherche sur le sujet, j'ai posé à des collègues IADE et cadres la question suivante : « Dans le volet culture sécurité et gestion des risques, connaissez-vous la notion de seconde victime ? »

Sur une vingtaine de personnes interrogées, deux seulement avaient répondu par l'affirmative. Comment expliquer un tel écart entre le nombre potentiel de soignants impliqués (au vu des chiffres suscités) et la non-reconnaissance de cet état traumatique ? Cela sous-entendrait que, au sein des formations d'IADE et cadres, l'apport théorique sur le sujet n'est pas apporté ; on peut raisonnablement s'en interroger. Dans les pays anglo-saxons, des procédures de prises en charge précoces des secondes victimes ont été créées. Qu'en est-il en France ?

À l'occasion d'un cours, j'ai également été questionner une intervenante, psychologue de métier, sur la notion de *résilience* face à l'erreur. Elle m'a confirmé que l'expérience de seconde victime des soignants relevait de cette thématique. Lors de cet échange, elle a aussi abordé la *croissance post-traumatique* qui m'était totalement inconnue. Je m'interroge alors sur le niveau de résilience des IADE face à cet événement.

Cette analyse de mes situations me permet de poser la question de départ suivante :

Quel est l'impact de l'erreur médicamenteuse sur la continuité de l'exercice IADE ?

Mon cadre conceptuel va tenter d'apporter des éléments de réponses. Y seront développés le concept de tâche, puis le concept de l'erreur humaine, le concept de culture sécurité et enfin le concept de seconde victime.

cc BY NC ND

III Analyse conceptuelle

III - 1 La tâche

Il me semble opportun d'aborder en premier lieu le concept de tâche qui fait appel au savoir ergonomique. Car en comprenant les mécanismes d'élaboration d'une tâche, nous serons plus à même de cerner l'étiologie des erreurs dans notre pratique. Le concept de tâche en ergonomie se réfère à l'ensemble des activités que doit effectuer un individu dans un environnement donné pour accomplir un travail ou une mission spécifique. Cela peut inclure des activités physiques, mentales ou émotionnelles, ainsi que l'utilisation d'outils ou d'équipements. L'ergonomie s'intéresse à la manière dont les tâches sont effectuées, en prenant en compte les capacités et les limites de l'individu.

III - 1 - a) De la tâche à l'activité

Afin d'être parfaitement clair dans le propos à venir, il faut d'emblée préciser la différence entre la *tâche* et l'*activité*. La tâche indique « ce qui est à faire » alors que l'activité désigne « ce qui se fait » (Leplat & Hoc, 1983). La tâche relève de la prescription par son concepteur (chef de projet, manager, médecin anesthésiste), alors que l'activité représente l'ensemble des processus mis en jeu par l'exécutant pour aboutir à cette finalité.

Plusieurs définitions de la tâche coexistent, tout d'abord « c'est un but donné dans des conditions déterminées » (Leontiev, 1976). Les conditions dont parle l'auteur sont à la fois internes (dépendante de l'exécutant : par exemple : fatigue, concentration, niveau de formation, etc.) et externes (facteurs environnementaux : bruit, pression à la production, ergonomie du poste de travail, température de la salle, etc.).

Dans tout système complexe (hôpital, entreprise, centrale nucléaire, etc.), la tâche n'est jamais isolée. Elle est intriquée dans une multitude de tâches connexes réalisées par différents opérateurs ayant tous un but commun : l'hôpital souhaite apporter des soins de qualité aux patients, la NASA souhaite que les fusées n'explosent pas, les opérateurs des centrales nucléaires souhaitent qu'il n'y ait aucune fuite radioactive. La tâche a donc une dimension collective puisqu'elle dépend à des degrés divers de la tâche d'autrui. « Elle est l'acheminement du groupe vers son objectif, un se faire et un faire dialectique vers un but, c'est une praxis et une trajectoire » (Pichon-Rivière, 1977).

Enfin, la tâche représente « tout ce qui, dans l'organisation du travail, définit le travail de chacun au sein d'une structure donnée :

- Les objectifs à atteindre en contrepartie de la rémunération
- La manière de les atteindre, les consignes et procédures imposées
- Les moyens techniques mis à disposition (outils, machines)
- La répartition des tâches entre les différents opérateurs
- Les conditions temporelles du travail (horaires, durées)
- Les conditions sociales (qualification, salaires)
- L'environnement physique du travail. » (Noulin, 1992)

III - 1 - b) La tâche dans tous ses états

Dans un processus productif, la tâche va connaître plusieurs états, tous interdépendants.

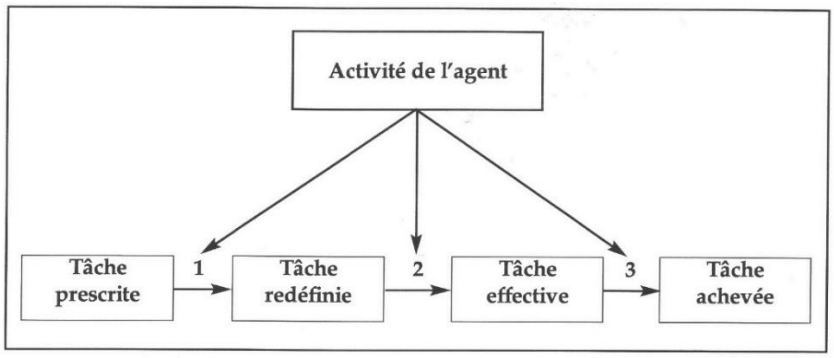


Figure 4 - De la tâche prescrite à la tâche réalisée
Les trois phases importantes de l'activité : 1 ; Elaboration ; 2. Exécution ; 3. Contrôle

(Leplat, 2016a)

Une tâche ***prescrite*** définit ce que le sujet doit faire selon le prescripteur[1].

La tâche ***redéfinie*** est l'aboutissement d'un processus mené par l'agent après avoir pris connaissance de la tâche prescrite. En effet, ce dernier va planifier son action en vue d'atteindre le but fixé. Dans un premier temps, il entre dans une phase de diagnostic tenant compte des conditions externes (environnement : bruit, température, vibration, espace de travail, répartitions et organisation du travail, etc.) et internes (connaissance, fatigue, stress, motivation, etc.) afin d'appréhender au mieux les circonstances d'exécution de la tâche. Une fois toutes les contraintes évaluées (couplage), il élabore un plan d'action jusqu'au but défini qui sera stocké en mémoire jusqu'à son exécution.

Le passage de l'état *redéfini* à l'état *effectif* est soumis à plusieurs déterminants. « Ce passage ne va pas de soi : on peut savoir ce qu'il faut faire et ne pas savoir le faire. »(Leplat, 2016b) Les plus notables sont l'expérience de l'opérateur et la qualité de redéfinition de la tâche. Selon ces deux variables, la mise en exécution sera alors plus ou moins rapide. La tâche est alors ***effective*** (tâche en cours).

Précédant l'état ultime de la tâche ***achevée***, le sujet va estimer la conformité du résultat par rapport aux attendus. C'est une phase de contrôle. Soit le résultat correspond parfaitement aux objectifs prescrits, soit il ne l'est pas (écart).

Voici un exemple du déroulement de ce schéma appliqué à une prise en charge médicale préhospitalière :

- Je suis IADE en intervention SMUR. Le médecin me demande de préparer une seringue de 100 mg de kétamine à la concentration 10 mg/mL = *tâche prescrite.*
- J'ai mal dormi la veille, mais l'adrénaline de l'intervention accentue ma concentration, de plus j'apprécie particulièrement de travailler avec ce médecin (conditions internes). Comme plan de travail, je dispose de ma caisse d'intervention. Tout le matériel nécessaire est présent. Le temps est venteux, je vais devoir m'abriter au mieux (conditions externes). Prenant en compte tous ces éléments, j'élabore mon plan d'action = *tâche redéfinie.*

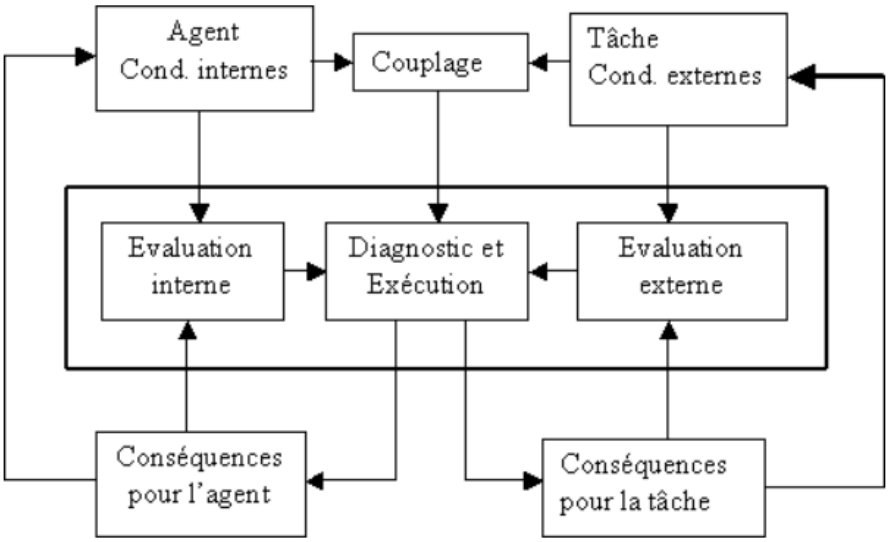
[1] En ergonomie, « concepteur », « créateur » et « prescripteur » de la tâche ont le même sens.

- Je prépare ma seringue de 100 mg de kétamine diluée dans 10 mL de sérum physiologique = *tâche effective.*
- Phase de contrôle : la prescription a-t-elle été respectée : posologie, qualité du principe actif, constat d'écart par rapport à la tâche prescrite = *tâche achevée.*

III - 1 - c) But et conséquences de la tâche

Le but relève du concepteur de la tâche. Il s'agit de l'objectif que doit atteindre l'opérateur dans son activité de travail. Il peut être subdivisé en plusieurs sous-buts (sous tâches) tendant vers la même finalité. Lors de l'exécution d'une tâche, le prescripteur adjoint des critères de production et ceux-ci sont parfois paradoxaux. Ainsi, un IADE peut se voir intimer une exécution de tâche à la fois rapide et sécure[2]. Dans un processus dit de métarégulation, ce dernier devra alors opérer un compromis acceptable dans l'élaboration de sa tâche pour allier ces deux exigences au mieux.

La théorie de la double régulation permet d'avoir une vue d'ensemble de l'activité. En effet, on retrouve ce postulat qu'une activité de travail est déterminée à la fois par le sujet, mais aussi par le contexte dans lequel elle va se réaliser. Elle nous apprend également que la tâche impacte l'exécutant tout comme le système au sein duquel elle est réalisée.



(Leplat, 2000)

Les conséquences positives sur l'opérateur peuvent être un sentiment de satisfaction au travail, un développement des compétences, une reconnaissance de ses pairs. À contrario, les conséquences négatives sur l'opérateur peuvent prendre la forme d'une frustration, d'un épuisement professionnel, d'une non-reconnaissance.

L'impact de la tâche sur le système est mesuré essentiellement sur la base de critères qualité du service ou du bien produit. Transposé au milieu hospitalier cela pourrait être : diminution des événements graves associés aux soins (EIGS), diminution des infections nosocomiales, améliorations des critères de qualités de vie au travail (QVT), diminution du temps de séjour hospitalier, etc.

[2] On comprend bien que s'il privilégie la rapidité par excès, ce sera au détriment de la sécurité.

La science ergonomique nous a permis de définir la tâche comme un événement de production dynamique et collectif. Les causes pouvant influer sur leur bonne exécution sont multifactorielles. Parfois des interférences peuvent survenir dans le déroulement de l'activité de l'exécutant. En psychologie cognitive on les nomme, les erreurs.

III - 2 L'erreur humaine

La notion d'erreur trouve toujours de l'écho auprès du grand public lorsque de grandes catastrophes au bilan humain très lourd surviennent. Certaines sont profondément ancrées dans la mémoire collective : collision aérienne de Tenerife 1977 (583 morts), Tchernobyl 1986, explosion de la navette Challenger 1986, explosion de l'usine AZF 2001, l'accident ferroviaire de Brétigny-sur-Orge 2013, etc. Les catastrophes industrielles de la fin du XXe siècle ont été un terrain d'étude fertile pour un grand nombre de chercheurs poussés par l'exigence politique et sociétale du « plus jamais ça ».

L'étude du concept d'erreur a connu son apogée dans les années 70 à 90 avec des modèles qui font encore référence de nos jours. En psychologie cognitive, les travaux de James Reason ont marqué un tournant dans l'approche de l'erreur humaine. Nous nous y référerons abondamment dans le chapitre à suivre. Ce psychologue diplômé de l'Université de Manchester est né en Grande-Bretagne en 1938. Il est l'un des pères fondateurs de la culture sécurité (militaire, industrielle, médicale, nucléaire) dont on reparlera plus tard. Le concept d'erreur et de culture sécurité étant intimement liés, je vais tenter malgré tout de bien les dissocier.

III - 2 - a) Définition

James Reason qualifie l'erreur humaine ainsi : « Elle couvre tous les cas où une séquence planifiée d'activités mentales ou physiques ne parvient pas à ses fins désirées, et quand ces échecs ne peuvent être attribués à l'intervention du hasard » (Reason, 1990).

Pour Jacques Leplat « l'erreur est un événement qui introduit une rupture dans le déroulement d'un processus. En effet, tout processus, comme toute activité, n'est pas planifié pour faire des erreurs. L'erreur représente donc un événement non souhaité, indésirable qui appellera une correction ou une intervention qui empêche sa reproduction » (Leplat, 2016c)

On retrouve dans ces deux définitions le caractère non désiré de l'erreur qui s'inscrit au sein d'une action planifiée en cours. Les deux auteurs conviennent aussi que, pour qu'il y ait erreur, il doit y avoir une intention d'action.

Dans la littérature scientifique médicale, « l'erreur peut être l'échec d'une action planifiée à être achevée comme prévu, mais aussi l'utilisation d'un mauvais plan pour atteindre un objectif. Cela peut également être un acte ou une omission pour lequel le résident[3] s'est senti responsable, ayant eu des conséquences graves ou potentiellement graves pour le patient » (Kohn et al., 1999).

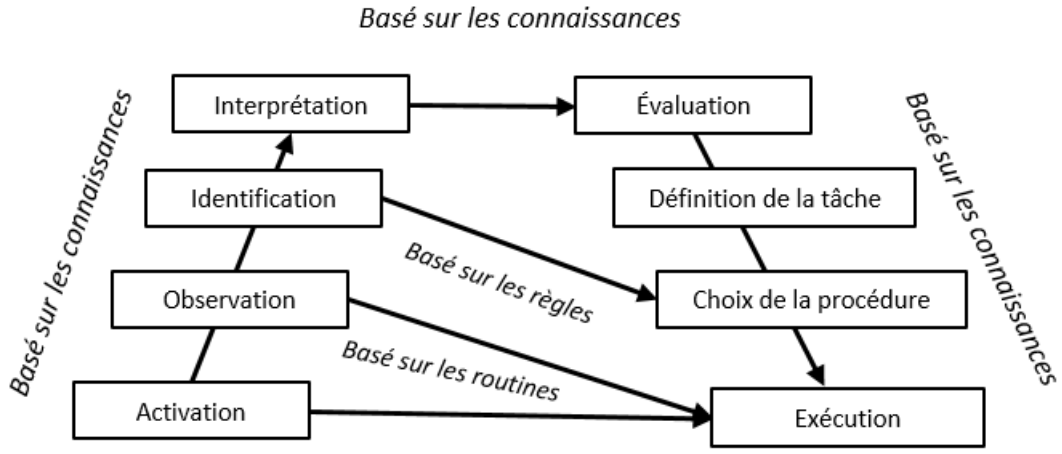
Afin d'appréhender au mieux le concept d'erreur développé par Reason, on se doit d'aborder le cadre automatisme-règles-connaissances de Jens Rasmussen sur lequel il s'est appuyé lors de ses recherches.

[3] Équivalent de l'Interne en France.

cc BY NC ND

III - 2 - b) Les niveaux d'activité

L'erreur trouve son origine dans les différentes strates de l'activité de travail ou l'IADE doit analyser un flux constant d'informations. Le modèle Skill-Rule-Knowledge (SRK) de Rasmussen va nous apporter une clé de lecture importante de la théorie de l'erreur de Reason développé au chapitre suivant [4]. C'est un modèle de traitement de l'information en forme de double échelle. Elle symbolise trois niveaux d'activité qui décroissent en fonction de la familiarité du sujet face à la tâche et à son environnement.



D'après (Rasmussen, 1983)

- **Le niveau basé sur les automatismes** (*Skill Based level, SB)* : c'est le palier du travail basé sur les routines. L'activité humaine est d'ordre sensori-moteur et suit des schémas d'actions préétablis sans contrôle conscient. La conduite en voiture sur une autoroute déserte en est un bon exemple. On maintient la vitesse et la trajectoire du véhicule sans se rappeler en permanence ce que l'on doit faire. C'est un niveau à la fois économe et performant. Il exige peu de ressources attentionnelles pour traiter efficacement l'information et entrer en action.

- **Le niveau basé sur les règles** (*Rule-Based level, RB)* : à partir de ce stade, le sujet rentre dans l'espace de travail conscient. Il va devoir résoudre des problèmes familiers en s'appuyant sur des protocoles mémorisés. Ce sont des actions de type : si [état du système] alors [actions correctives]. Exemple : si mon patient désature [état], alors j'augmente la Fi02 et je vérifie le bon positionnement de la sonde d'intubation [actions correctives].

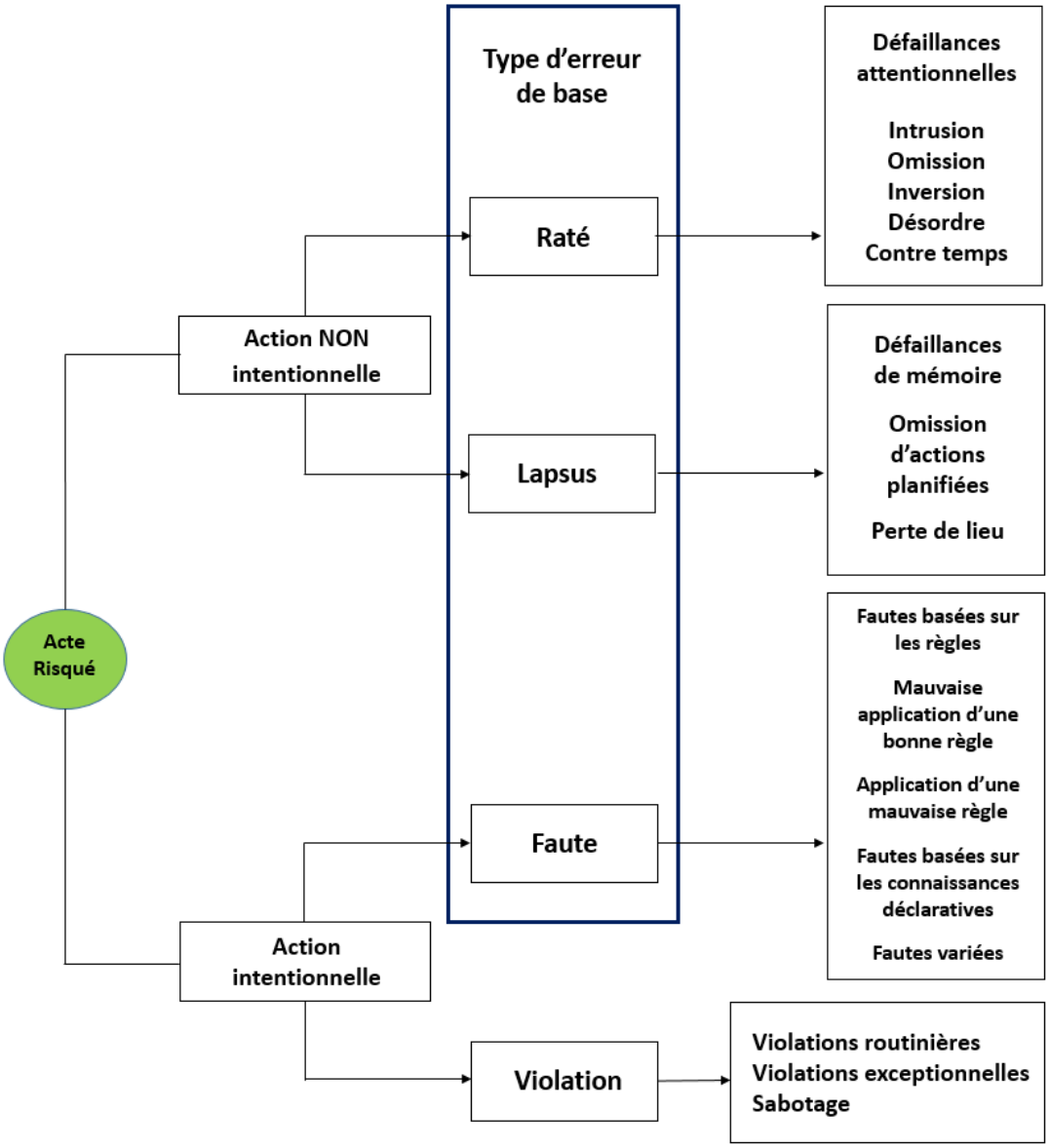
- **Le niveau basé sur les connaissances déclaratives** (*Knowledge-Based level, KB)* : le sujet doit faire face des situations nouvelles non référencées dans son répertoire de règles. Il atteint alors les limites de ses connaissances et doit planifier ces actions en temps réel. Le processus cognitif est extrêmement lent et coûteux en ressources attentionnelles, car il y a une quantité considérable d'informations nouvelles à traiter simultanément.

[4] SRK Rasmussen et GEMS Reason (p.13) sont deux théories liées.

En résumé, il existe des étapes bien distinctes dans le traitement de l'information menant à l'exécution : l'activation, l'observation, l'identification, l'interprétation, l'évaluation, définition de la tâche, choix de la procédure. En fonction de l'activité de travail, toutes ne seront pas mises en jeu. Dans le cas des tâches en situations nouvelles (hors répertoire connu), toutes seront activées. Dans le cadre d'une activité de type SB, certaines étapes seront court-circuitées, car inutiles en situation de routine.

III - 2 - c) Taxonomie de l'erreur

Reason proposera une taxonomie[5] de l'erreur humaine. Ce schéma apporte quelques éléments nouveaux. D'une part, il indique que les lapsus et les ratés sont *non intentionnels* alors que les fautes et violations sont des actes *intentionnels* issus d'un choix préalable. (Norman, 1981) le résumait ainsi : « Si l'intention est inappropriée, c'est une faute. Si l'action n'est pas délibérée, c'est un raté. »



D'après (Reason, 1990)

[5] Classification, suite d'éléments formant des listes qui concernent un domaine, Larousse

cc BY NC ND

Exemple de violation routinière

Un IADE accueille un patient en SSPI intubé, ventilé et non sédaté. Par habitude, il ne relève pas les barrières du lit, car il estime que cela va le gêner en vue de l'extubation (non-application volontaire d'une règle de sécurité). La patiente du poste voisin désature légèrement suite à une titration de morphine. Il se retourne pour mettre en place le masque O2. Dans l'intervalle, le patient intubé se réveille et chute au sol. Ces violations routinières entrainent un phénomène dit de *normalisation de la déviance* (Vaughan, 1996) qu'un événement *gâchette* (dit régulation à cran d'arrêt) va mettre en évidence : ici, la chute du patient.

Exemple de violation par sabotage

Il existe un précédent de *sabotage présumé* en anesthésie ayant conduit à la mort d'une patiente. Le rapport d'expertise de l'époque avait statué : « le collège conclu à un décès par asphyxie secondaire à une insufflation massive de protoxyde d'azote pur, insufflation rendue possible par une inversion des tuyaux sur le respirateur, pratiquée avant l'intervention chirurgicale » (« Rapport experts médicaux Poitiers », 1985). Au terme d'un procès aux assises, les trois médecins protagonistes de l'affaire furent relaxés. Dès lors, le principe de conception sécurité (défensive design) a connu un nouvel essor en anesthésie (Maurice et al., 2010).

En s'appuyant sur la répartition tripartite de l'activité exprimée par Rasmussen (modèle SRK), Reason va proposer un Système Générique de Modélisation de l'Erreur (GEMS) qui met en évidence que chaque niveau d'activité comporte un type d'erreur qui lui est propre.

- Au niveau basé sur les automatismes (routines) = ratés et lapsus de type SB
- Au niveau basé sur les règles = fautes de type RB
- Au niveau basé sur les connaissances déclaratives = fautes de type KB

- **Les ratés**

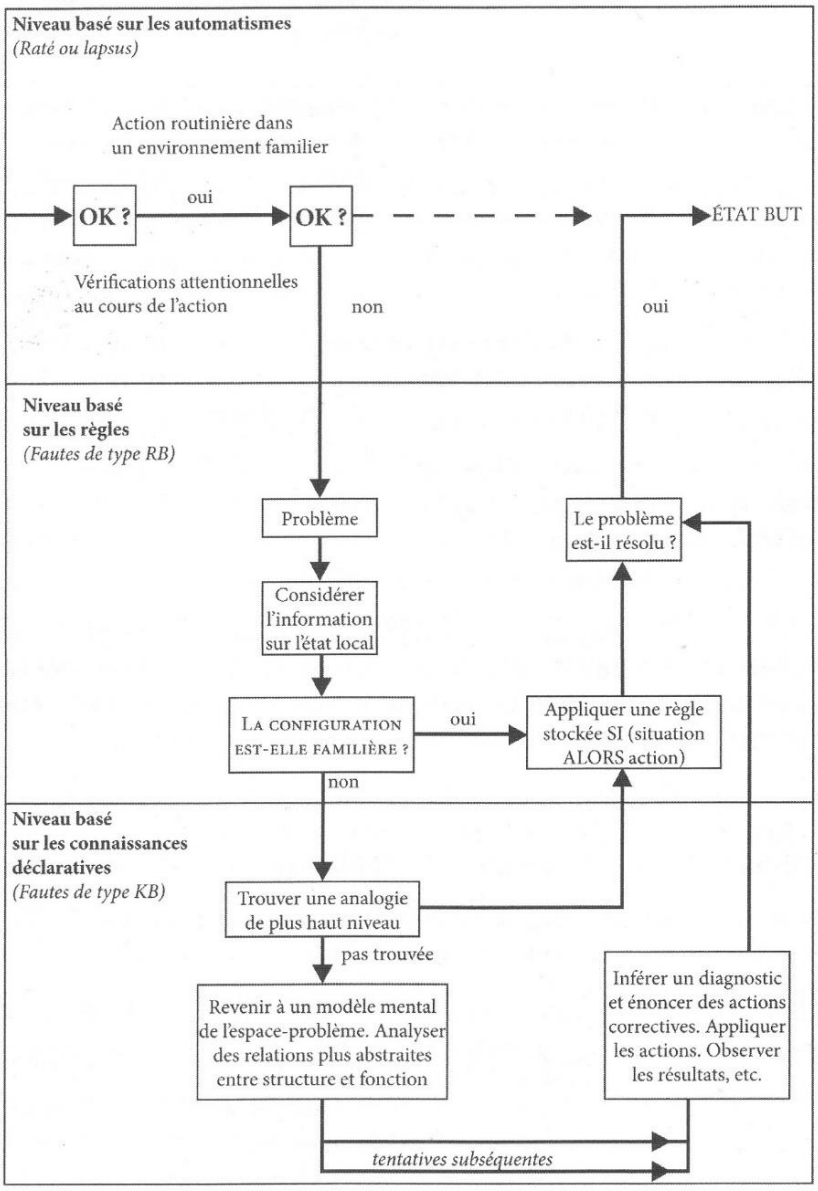
Ce sont des défauts dans l'exécution de la tâche lors du déroulement d'activités routinières. Le niveau SB est un niveau extrêmement sensible aux interruptions de tâches, car l'attention portée sur l'action est limitée. Si cette interruption intervient lors d'un temps de contrôle, l'erreur peut alors survenir par défaillance attentionnelle.

Exemple : L'IADE prépare son plateau d'intubation en vue d'accueillir le prochain patient obésité de grade III (routine, niveau SB). L'IBODE l'interpelle et lui demande de confirmer l'absence d'allergie. L'IADE répond que le patient n'a aucune allergie connue. En reprenant sa tâche, il enclenche la lame de laryngoscope sur le manche long alors qu'initialement il avait prévu de la monter sur le manche court : *erreur d'intrusion*.

- **Les lapsus**

Également de niveau SB (routine), c'est une forme d'erreur principalement causée par une défaillance de la mémoire lors du temps de stockage du plan d'action jusqu'à son exécution.

Exemple : L'IADE finalise la préparation du respirateur. Il lui reste la sonde d'aspiration à brancher. L'IBODE lui demande de l'aide pour repositionner la table pour la prochaine intervention. Il s'exécute puis part chercher le patient suivant en oubliant de brancher l'aspiration comme il l'avait planifié à l'origine : *erreur d'omission.*



Generic Error Modelling System (GEMS) (Reason, 2013)

- **Faute de type RB**

Il s'agit d'un défaut dans la sélection d'une procédure pour atteindre le but défini. Soit le sujet choisit une règle adaptée, mais l'applique de manière incorrecte, soit il applique correctement une règle inadaptée.

<u>Exemple d'une règle adaptée associée à une mauvaise application</u>

L'IADE prend en charge un patient obèse dans le cadre d'un changement de prothèse totale de hanche droite. Selon les recommandations de la SFAR 2018, il doit doubler les doses d'antibioprophylaxie. Au final, il injecte la dose non modifiée.

<u>Exemple d'une règle inadaptée correctement appliquée</u>

La fréquence cardiaque et la pression artérielle moyenne augmentent. L'IADE déduit à un inconfort et procède à une injection de sufentanil à dose recommandée. En parallèle, le BIS indique une valeur de 75. Il s'agissait finalement d'une narcose insuffisante.

- **Faute de type KB**

Ces fautes surviennent lorsque le sujet doit faire face à une situation nouvelle et ne connaît aucune procédure pour y faire face. Il élabore alors un plan d'action en temps réel avec des ressources limitées (temps-connaissances). Il sera donc incomplet et/ou inadapté et présentera un risque d'erreur élevé dans son exécution.

Exemple : Un infirmier, sans expérience des prises en charge d'urgence, prend en charge un patient avec l'artère fémorale sectionnée. Ce dernier présente rapidement un arrêt cardiaque. L'infirmier décide de débuter la RCP alors qu'il aurait dû en premier lieu positionner un garrot en amont du saignement actif.

Remarque : On comprend l'intérêt de la simulation en santé. Le but étant de limiter l'occurrence des situations de type KB en ramenant le sujet au niveau RB. Il étoffe ainsi son répertoire de règles connues et pourra d'expérience traiter un problème en limitant le risque de faute.

Le *GEMS*[6] nous éclaire également sur la dynamique du traitement des *écarts*[7] ou *problèmes* qui détermine le passage d'un niveau d'activité à un autre.

- **Passage du niveau SB au niveau RB.**

Au niveau basé sur les routines, lors d'une vérification attentionnelle, l'agent va détecter un écart par rapport au plan d'action qu'il avait établi. Il passe alors au niveau RB et va rechercher (après analyse des nouvelles conditions) une procédure mémorisée qui lui semble adaptée au traitement de la tâche.

- **Passage du niveau RB au niveau KB**

Le sujet réalise qu'aucune règle (protocole) de son répertoire ne lui permet de résoudre le problème. Il va rechercher des solutions de remédiation inspirées du traitement de situations analogues antérieures du type : si *[c'est comme la situation X]* alors *[je devrais essayer la procédure Y].* En d'autres termes, il essaie de se retrouver en terrain familier pour appliquer une règle qui lui semble adéquate. Ce processus peut se répéter à plusieurs reprises.

- **Passage du niveau KB au niveau SB**

Au vu des éléments contextuels, le sujet trouve une règle (par défaut) qui lui semble appropriée et met en place la routine d'exécution de la tâche.

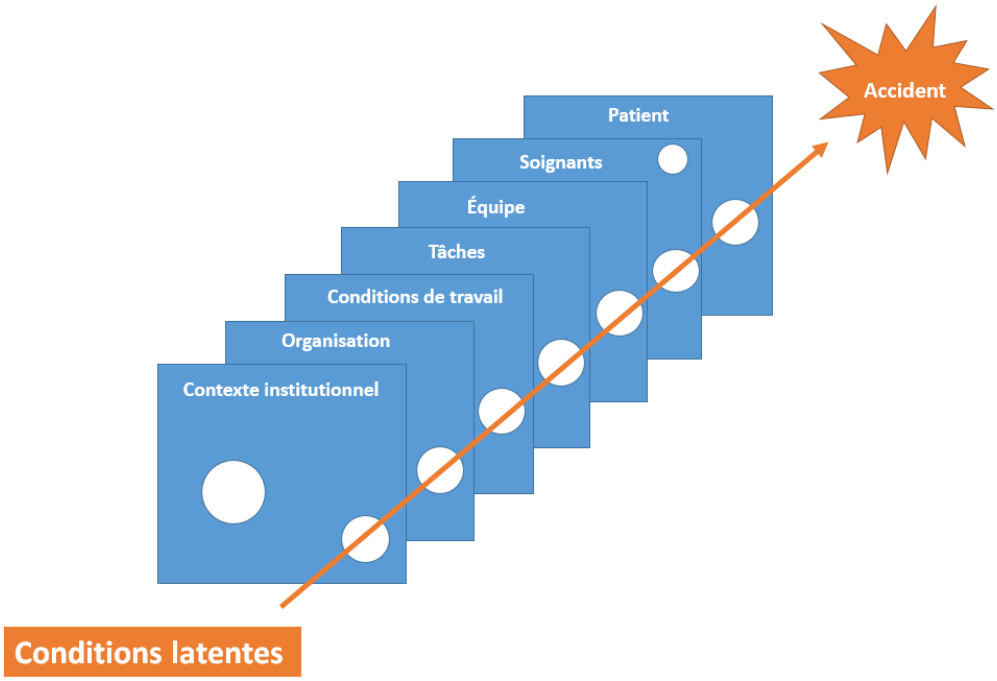
III - 2 - d) Modélisation de l'accident

Crée par James Reason et l'ingénieur nucléaire John Wreathall, le Swiss Cheese Model (SCM) est une proposition de modélisation de la survenue d'accident dans un système sociotechnique dit complexe : centrale nucléaire, aviation civile, industrie, etc. Transposé à un établissement de santé, il s'agit d'une défense institutionnelle dite en profondeur, où les couches se superposent en amont du patient pour faire rempart aux erreurs latentes (rebaptisées plus tard *conditions latentes* par l'auteur).

[6] Schéma p.14

[7] Il faut comprendre « écart » ou « problème » comme une déviation par rapport à la planification initiale et non comme un synonyme « d'erreur ».

cc BY NC ND



D'après (Reason, 2000)

Chaque « tranche de fromage » est une barrière et chaque trou dans ces tranches symbolise une erreur active. Un accident survient lorsqu'une conjonction d'événements fortuits les aligne tous.

Au sein d'un hôpital, voilà comment pourrait s'appliquer le SCM :

- **Barrière contexte institutionnel** : si cet établissement a une mauvaise gestion des ressources humaines et par arbitrage budgétaire reporte des investissements matériels pourtant nécessaires : deux erreurs actives.
- **Barrière organisation** : si l'équipe d'encadrement n'assure pas une formation continue de qualité à ses agents : une erreur active.
- **Barrière conditions de travail** : si dans un service la charge de travail est trop importante en raison d'arrêts maladie : une erreur active.
- **Barrière tâches** : s'il y a une mauvaise répartition des tâches dans une unité : une erreur active.
- **Barrière équipe** : si dans une unité de cet hôpital, le travail en équipe est problématique, une erreur active.
- **Barrière soignants** : si un IADE est au bord du burn-out et a très mal dormi la veille, deux erreurs actives.
- **Barrière patient** : si le patient ne respecte pas les consignes préopératoires, qui lui sont données (mensonge sur le respect du jeûne) : une erreur active.

Il faut garder en tête le caractère dynamique du modèle. Les trous vont apparaître ou disparaître en fonction des mesures correctives du système ou de la survenue de nouvelles erreurs actives. La variabilité de leur diamètre symbolise l'intensité de la problématique à laquelle ils sont liés.

Ce chapitre nous a permis de mieux comprendre la nature de l'erreur et les circonstances de sa survenue. Ces recherches ont permis l'avènement d'une conception nouvelle dans la gestion des accidents. Le SCM m'offre une transaction idéale vers mon prochain concept, car il a contribué à deux avancées majeures en culture sécurité :

- Il a servi de base théorique à la création d'outils d'analyse proactifs (diagnostics des défenses d'un système), mais aussi rétroactifs (évaluation de la résilience système).

- Changement de paradigme dans l'analyse des accidents. L'enquête n'est plus focalisée sur le responsable de l'erreur situé en dernière ligne. Elle s'intéresse désormais à l'ensemble des facteurs organisationnels et structurels. Le tableau ci-dessous, d'après (Dekker, 2015), résume bien ce virage conceptuel.

Conception contrastée de la sécurité au cours du XXe siècle

Première moitié du XXe s.	Seconde moitié du XXe s.
L'homme est la cause de la perturbation	L'homme est le destinataire de la perturbation
Les interventions de sécurité visent l'homme au moyen de la sélection, de la formation, des sanctions et des récompenses	Les interventions de sécurité visent l'environnement organisationnel et technique
La technologie et les tâches sont fixées : les hommes doivent être choisis pour elles et s'y adapter	La technologie et les tâches sont malléables et doivent être adaptées aux capacités et limitations des hommes.
Les différences individuelles sont les clés de l'ajustement des hommes à la tâche	Les technologies et les tâches doivent être conçues pour être résistantes et tolérantes aux erreurs, indépendamment des différences individuelles

III - 3 La culture sécurité

Dans la culture sécurité aéronautique, il y a un adage : « S'il y a plus d'une façon de faire quelque chose, et que l'une d'elles conduit au désastre, alors il y aura toujours quelqu'un pour le faire de cette façon. » Cette citation d'Edward A. Murphy, Jr ingénieur à l'US Air Force dans les années 1950 est communément appelée, la loi de Murphy.

Une lecture purement pessimiste nous annonce que le pire est toujours certain. Toutefois si l'on est de nature plus optimiste, on peut aussi y voir une invitation subtile à rendre nos systèmes complexes plus résilients face à l'erreur. La culture sécurité s'inscrit dans la politique de gestion des risques des établissements de santé dont nous allons aborder le cadre réglementaire.

III - 3 - a) Histoire et cadre réglementaire

Deux événements vont contribuer à l'avènement de la culture sécurité dans le monde médical. Dans les années 50, deux molécules vont changer radicalement notre approche du suivi de la tératogénicité des médicaments : la thalidomide et le diéthylstilbestrol (Distilbène®). Ces principes actifs vont être responsables de cas d'agénésie de nouveau-nés partout dans le monde sur plusieurs générations. L'OMS proposa alors la création d'un système mondial de pharmacovigilance qui verra le jour en France en 1973. Il connaîtra des évolutions structurelles au fil des scandales sanitaires liés aux médicaments.

Dans le milieu hospitalier, la culture sécurité va connaître un autre tournant quelques décennies plus tard : la publication en 1999 du livre : *To err is human : building a Safer Health System* par *The Institut of Médecine* (Kohn et al., 1999). Il estime que les erreurs médicales sont responsables chaque année de 44 000 à 98 000 décès et de plus d'un million de blessés aux États-Unis, soit la troisième cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires et les cancers. Cette publication invite alors à une prise de conscience rapide des pouvoirs publics et appelle et à la fondation de systèmes de santé plus sûrs. À la suite de ce rapport, la recherche scientifique sur le thème « Patient Safety » connaîtra un essor sans précédent.(Stelfox et al., 2006) et de nombreux pays consolideront leur législation.

En France, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite (HPST) inscrit comme priorité la qualité et la sécurité des soins, avec un rôle renforcé de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale d'établissement. En découlera le texte de loi référence en matière de sécurité médicaments en France : l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Dans l'article 8, il est clairement stipulé : « La direction de l'établissement après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement fait procéder à une étude des risques encourus par les patients, liés à la prise en charge médicamenteuse. Cette étude porte à minima sur les risques pouvant aboutir à un événement indésirable, à une erreur médicamenteuse ou un dysfonctionnement ».

Dans son article 9, cet arrêté rappelle les établissements de santé à leur obligation de pharmacovigilance : « Déclaration interne des événements indésirables, des erreurs médicamenteuses ou des dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse en vue de leur analyse et de la détermination des actions d'amélioration ». Concernant la sécurité anesthésique, le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 gravera dans le marbre les conditions de fonctionnement sécuritaire de l'anesthésie dans les établissements de santé en France.

Je citerai enfin notre décret de compétence IADE issu de l'arrêté du 23 juillet 2012, relatif à mon sujet :

La compétence 3 indique : « l'infirmier anesthésiste adapte le choix et la posologie des médicaments d'anesthésie en fonction de leur pharmacologie, des temps et techniques anesthésistes, opératoires ou obstétricaux, et de l'évaluation des données cliniques et paracliniques »

La compétence 4 indique : « l'Infirmier anesthésiste détecte et relate tout événement indésirable survenant au cours de la prise en charge anesthésiste en applique la réglementation spécifique de traçabilité. »

III - 3 - b) Les cinq piliers de la culture sécurité

« La culture de sécurité des soins désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins »[8].

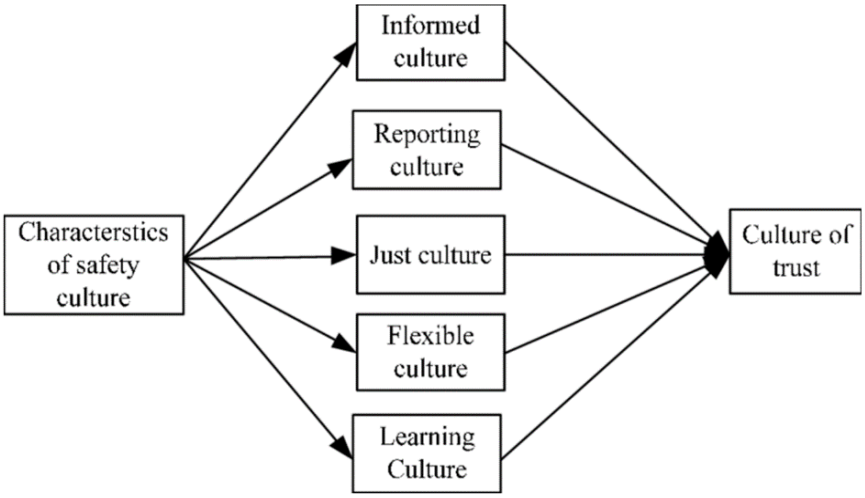
[8] Définition de l'European Society for Quality in Health Care.

cc BY NC ND

L'HAS la définit comme suit :

« La culture sécurité en santé regroupe l'ensemble des manières de faire et de penser partagées par les acteurs d'une organisation et qui contribuent à la sécurité du patient. Il s'agit du reporting des événements indésirables associés aux soins (EIAS), du retour d'expérience, de la qualité du travail en équipe et d'une culture "juste" (l'erreur humaine est analysée et non pas condamnée). Elle est construite par l'interaction entre les acteurs et implique l'usager. La gouvernance doit promouvoir des valeurs, comportements et attitudes qui favorisent cette culture bienveillante visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. » (*HAS Certification*, 2021)

Comme écrit précédemment, James Reason est le père fondateur du concept de culture sécurité. Dans son ouvrage, Managing the Risks of Organizational Accidents, il en décrit cinq piliers qui ont pour finalité la construction d'une culture de la confiance au sein d'un système complexe.



(Reason, 1997)

- Informed culture : **Une culture informée** nécessite que l'organisation collecte et analyse les données pertinentes et diffuse activement les informations de sécurité.
- Reporting Culture : **une culture du signalement** signifie cultiver une atmosphère où les gens ont confiance pour signaler les problèmes de sécurité sans crainte de sanction. Les employés doivent savoir que la confidentialité sera maintenue et que les informations qu'ils soumettront seront traitées, sinon ils décideront qu'il n'y a aucun avantage à les signaler.
- Just culture : **une culture juste** fait la part entre l'erreur humaine qui doit s'analyser et ne se blâme pas, et la faute délibérée. Ceux qui agissent de manière imprudente ou prennent des risques injustifiables doivent faire l'objet de mesures disciplinaires.
- Flexible culture : **une culture** est dite **flexible** lorsque les processus décisionnels varient en fonction de l'urgence de la décision et l'expertise des personnes impliquées.
- Learning culture : **la culture d'apprentissage**. Une organisation est dite apprenante lorsqu'elle apprend de ses erreurs, apporte des changements et évalue les mesures correctives mises en place.

Le postulat est le suivant : plus le sentiment de culture de confiance s'installe, plus les signalements de dysfonctionnement seront nombreux, plus le système pourra les analyser et élever son niveau de sécurité. Il existe un lien direct entre le niveau de culture de sécurité supérieur d'un établissement de santé et la diminution du nombre d'erreurs médicamenteuses constatées dans ses services (Valentin et al., 2013).

III - 3 - c) Construction d'une culture sécurité

Chaque établissement de santé est responsable de la culture sécurité qu'il y insuffle. Le sujet est d'autant plus d'actualité que ce critère est maintenant inclus dans la procédure de certification 2021[9].

Dans son guide 2019 intitulé « Enquêtes sur la culture de sécurité, comprendre et agir », l'HAS propose une liste non exhaustive des outils existants pour mettre en place une culture sécurité dans un établissement de santé. Dans un souci de synthèse, je ne vais pas en faire la liste exhaustive :

- **Le CREX** : le Comité de Retour d'Expérience est une démarche collective, rétrospective et systémique de recueil (signalements) et d'analyse des défaillances survenant lors de la prise en charge d'un patient. Il permet de mettre en place des mesures correctives et assure une évaluation de leur efficacité à court, moyen et long terme.

- **Les RMM** : Une Revue de Mortalité et de Morbidité est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient. Elle a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. Elle ne vise en aucune manière à préciser les responsabilités individuelles. L'HAS recommande l'analyse en s'appuyant sur la méthode systémique ALARM (Vincent et al., 2000).

- **Check-list** « Sécurité du patient au bloc opératoire ». Proposée en 2008 par l'OMS, elle rentrera en vigueur en France en 2010. Inspirée des procédures de contrôle de l'aviation civile, son application vise à réduire la morbi-mortalité au bloc opératoire (Haynes & Thomas, 2009). Son principe repose sur le partage interprofessionnel des informations par vérifications croisées lors de trois phases clés : avant l'induction anesthésique, avant l'acte chirurgical, en fin d'intervention avant la sortie du patient de la salle d'opération.

- **Programme PACTE** : Programme d'Amélioration en Continu du Travail en Équipe. Lancé en 2014, c'est un programme interprofessionnel qui propose des méthodes et des outils pour améliorer le travail en équipe (crew ressource management). Le but est de développer les compétences non techniques autour de quatre thèmes principaux : communication, soutien mutuel, évaluation de la situation et leadership. La simulation est un outil reconnu dans ce cadre.

- **Arbre décisionnel pour une culture juste** : le but de cet outil est de déterminer le niveau de responsabilité d'un professionnel auteur d'une action qui a contribué à un évènement grave. Il doit être utilisé dans le cadre d'une analyse systémique de l'événement[10].

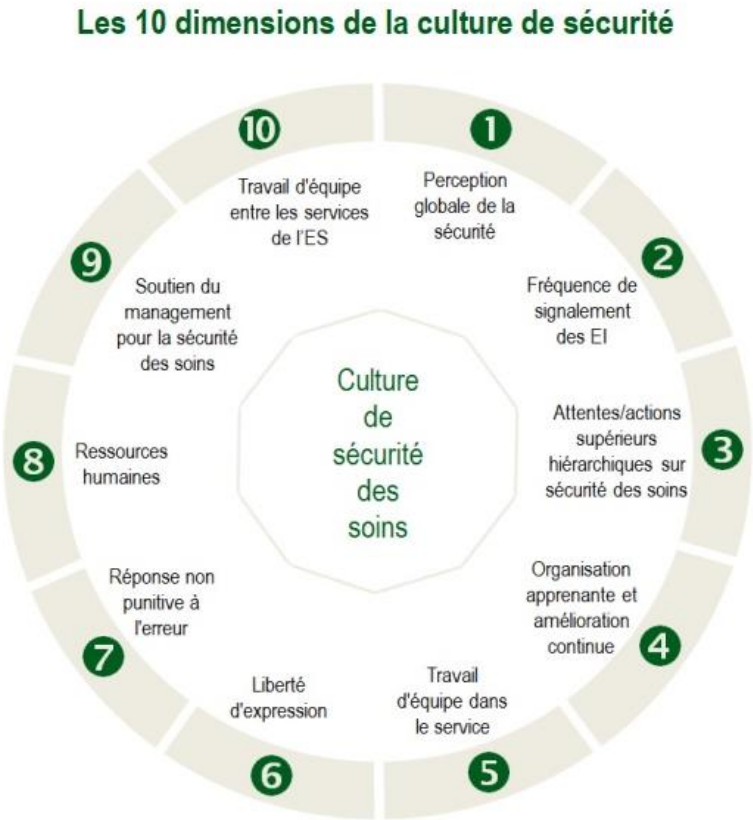
[9] Critère 3.3-02
[10] Annexe A

cc BY NC ND

- **Patient traceur** : analyse partagée et rétrospective de la qualité et de la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours de soin.

III - 3 - d) Évaluation de la culture sécurité

En 2004, l'Agency for Healthcare Research and Quality (États-Unis) a créé un questionnaire qui permet à toute institution hospitalière de mesurer son niveau de culture sécurité. Le questionnaire Hospital Survey on Patient Safety culture (HSOPSC) est un outil validé qui interroge dix items :



(*HAS comprendre et agir*, 2019)

En France, la dernière enquête d'envergure ayant mesuré le niveau de culture sécurité au sein d'établissements de santé hospitaliers (n = 13 privés et publics) a été réalisée entre 2007 et 2010. La version française du questionnaire HSOPSC[11] a été utilisée pour faire cette évaluation (*HAS Culture et sécurité des soins*, 2010). La culture de sécurité des soins était globalement peu développée dans les unités de soins. Les scores les plus bas concernaient les critères suivant : Réponse non punitive à l'erreur, ressources humaines, soutien du management pour la sécurité des soins, travail d'équipe entre les services de l'établissement.

Ce chapitre nous a montré que la culture sécurité met en jeu tous les pans structurels d'un établissement de santé. Elle se crée, elle s'entretient et elle s'évalue sur tous les niveaux de décision et d'exécution. C'est à la fois un engagement personnel et une vision collective vers le but impératif de diminuer la survenue d'EIGS au sein des structures de soins.

[11] Annexe B

cc BY NC ND

Toutefois dans son rapport sur l'activité 2020, l'HAS admet qu'ils sont encore largement sous-déclarés si l'on se réfère aux projections de l'enquête ENEIS 3 [12] (Michel et al., 2022). De toute évidence, la première victime d'un EIGS est le patient et son entourage proche. Mais qu'en est-il de la souffrance que porte le soignant responsable de l'erreur ?

III - 4 Le syndrome de seconde victime (SSV)

La notion de seconde victime est apparue pour la première fois dans la littérature scientifique sous le plume du Pr Albert W Wu :

« De nombreuses erreurs proviennent de nos routines et de l'usage de nos outils technologiques menant le médecin et le patient à la catastrophe. Bien sûr le patient est la première victime des erreurs médicales, mais les médecins sont aussi impactés par ces mêmes erreurs : ce sont les secondes victimes » (Wu, 2000). L'auteur constate également qu'il n'existe aucun mécanisme d'aide institutionnelle aux secondes victimes. Il utilise même le terme « *the grieving process* » [13].

III - 4 - a) Tableau clinique

La définition la plus aboutie de la seconde victime est à mettre au crédit de (Scott et al., 2009) : « La seconde victime est un soignant impliqué et traumatisé par un événement 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 ».

Dans son étude fondatrice de la recherche sur le SSV, Scott dresse le premier tableau clinique qui sera consolidé onze ans plus tard par une méta-analyse de 18 études. (Busch et al., 2020).

Overall Prevalence Rates of Second Victims' Psychological and Psychosomatic Symptoms

Symptom	Overall Prevalence Rate, %	95% CI	I^2	Studies, n
Troubling memories	81	46–95	27.8	3
Anxiety/concern	76	33–95	46.1	3
Anger toward oneself	75	59–86	4.8	5
Regret/remorse	72	62–81	0	3
Distress	70	60–79	0	2
Fear of future errors	56	34–75	0	5
Embarrassment	52	31–72	13.6	4
Guilt	51	41–62	53.1	12
Frustration	49	43–55	0	2
Anger	44	6–91	0	3
Fear	43	32–54	0	3
Feelings of inadequacy	42	27–59	0	7
Reduced job satisfaction	41	36–47	52.2	3
Concern regarding colleagues' reactions	39	14–71	0	3
Symptoms of depression	36	20–56	48.6	9
Fears of repercussions/official consequences	36	21–54	0	6
Sleeping difficulties	35	22–51	5.0	5
Anger toward others	33	18–52	0	4
Loss of confidence	27	18–38	6.5	10
Concern regarding patients' reactions	8	0–70	0	2
Self-doubts	6	2–14	0	2

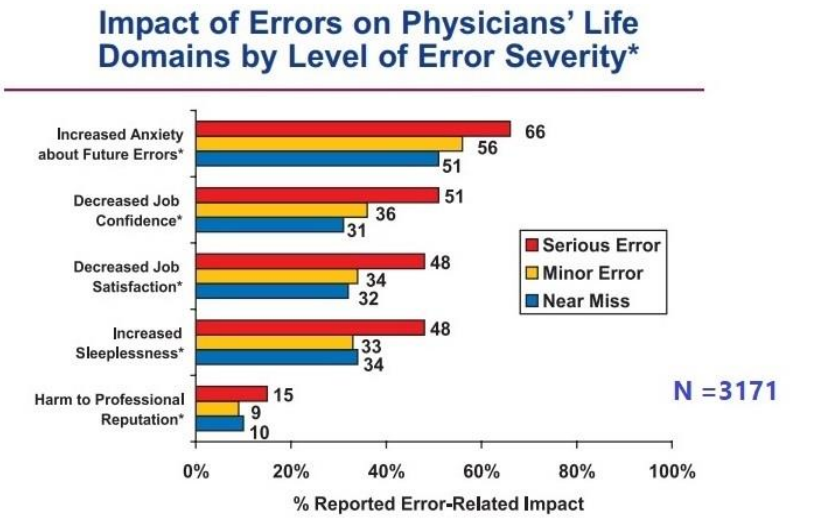
[12]: Extrapolation entre 160 000 à 375 000 en 2019, soit 4,4 EIGS pour 1 000 journées d'hospitalisation
[13] Travail de deuil

cc BY NC ND

David Naudin (IADE coordonnateur du Pôle de la recherche paramédicale en pédagogie, AP-HP) et Stéphanie Joyeux (chargée d'enseignement en santé publique à l'Institut de Formation des Cadres de Santé, AP-HP) proposent une classification en quatre grandes thématiques, je les cite :

- **La culpabilité**. Le soignant se sent coupable de la faute. L'erreur met à mal l'image et la valeur du soin, et cet écart est difficile à gérer. Elle est liée au regard du patient et de sa famille, des collègues, de l'équipe en fonction des conséquences et de la gravité.
- **La honte,** également liée au regard du patient, de ses proches, des collègues, de l'équipe. Ce qui peut pousser le soignant à un repli sur soi, et entrave les relations sociales. Certains symptômes accompagnent ce sentiment et vont de la simple amertume à la colère, contre soi ou les autres.
- **L'anxiété**, qui peut nuire secondairement à la qualité des soins du fait de vérifications désormais excessives, de comportements de contrôle inappropriés, mais aussi par une altération de la communication entre les membres de l'équipe. La peur des erreurs futures, la perte de confiance en soi peut alors être source d'un nouvel évènement indésirable, d'autant plus que des attitudes défensives vont altérer la communication au sein de l'équipe de professionnels de santé.
- **Les perturbations physiques**, comme des troubles du sommeil, de la concentration, de la fatigue, des troubles musculo-squelettiques, la perte d'appétit. (Naudin & Joyeux, 2022)

À travers cette analyse, on mesure bien le bouleversement émotionnel et physique que peut induire l'état de seconde victime. Un élément important : les symptômes peuvent se déclarer indépendamment de la sévérité des conséquences sur le patient (McLennan et al., 2015; Waterman et al., 2007). Autrement dit, même si l'erreur n'a pas eu de conséquence grave pour le patient, et même dans le cas de « presque erreur[14] » le soignant peut être touché par le SSV.



Waterman et al., 2007

[14] « Near Miss » Erreur interceptée avant sa survenue (ex : repérage d'une erreur de dilution d'un produit avant son injection.)

cc BY NC ND

III - 4 - b) Processus mental

La force de l'étude de (Scott et al., 2009), c'est qu'elle va également dresser le processus mental de la seconde victime. Composé de six étapes psychologiques, il s'apparente au « travail de deuil » cité par le Pr Albert W Wu en 2000.

Étape 1 : Le chaos et réponse à l'accident

Au cœur de l'EIGS, le soignant est plongé dans un chaos émotionnel amenant une saturation psychique [niveau KB] dans lequel deux enjeux majeurs vont s'imposer à lui : la survie du patient et le maintien de sa posture réflexive face à l'événement. Son implication psychoaffective, d'autant qu'il est responsable de l'erreur, compromet son aptitude à mettre en place les mesures adéquates. C'est pour cela que l'appel à l'aide est un impératif dans ces situations. Les intervenants extérieurs auront un détachement émotionnel à l'événement qui les rendront plus efficaces dans le traitement de l'information et l'exécution des tâches.

Étape 2 : La réflexion intrusive

Le soignant va se remémorer les évènements de manière compulsive. Il va construire de nombreux scénarios alternatifs du type : *Si j'avais fait cela, ça ne serait pas arrivé* ; *Si seulement j'avais refusé de faire ça*. Cette étape marque une profonde remise en question personnelle et la naissance d'un fort sentiment de culpabilité. Le soignant aura tendance à s'isoler, rongé par la honte. Cette étape présente un fort risque de récidive d'erreur en raison de la perte d'information qu'induit la réflexion intrusive.

Étape 3 : Tentative de reconstruction personnelle

La seconde victime va tenter de trouver de l'aide auprès d'une personne de confiance soit dans son milieu professionnel soit personnel. C'est un temps où la soignant va s'inquiéter de la perte de confiance de ses collègues vis-à-vis de sa pratique. Il éprouve également un sentiment de méfiance et de déclassement alimenté par la rumeur dont il se sent la cible.

Étape 4 : L'inquisition des pairs

Lors de cette étape, le soignant est préoccupé par la réponse de l'institution à son erreur. Il redoute les poursuites judiciaires, la perte de son emploi et s'inquiète des retentissements à tous les niveaux de sa vie. À ce moment du processus, la seconde victime est dans un état de fatigue physique et psychique intense.

Étape 5 : Les premiers secours émotionnels

De nouveau lors de cette étape, la seconde victime va chercher de l'aide auprès d'un confident de confiance dans son milieu professionnel. Mais la peur du jugement perdure et limite grandement l'efficacité de cette initiative. Elle peut alors se tourner vers les ressources intrafamiliales, mais se retrouve bridée par le respect du secret médical.

Étape 6 : Abandon/réorientation - Survivre - Plein essor

C'est l'ultime étape de processus mental de la seconde victime et celle qui va déterminer son devenir professionnel. Elle se décline en trois possibilités.

- <u>6.1 Abandon/réorientation</u> « *Dropping out* » : le sujet est incapable de surmonter l'événement et décide d'arrêter sa profession. Moins radical, il peut aussi envisager de changer de service afin de couper avec les repères spatiaux et humains lui rappelant l'événement.

- 6.2 Survivre « *Surviving* » : le soignant continue d'exercer dans son service, mais il est toujours hanté par l'évènement et ses conséquences. Il peut développer des attitudes parasites à son activité : sur-contrôle, processus maniaque, peur excessive du changement, communication difficile avec ses pairs, non-respect des procédures standards (Vanhaecht et al., 2019). Paradoxalement croyant se protéger, il fait le nid d'erreurs futures.

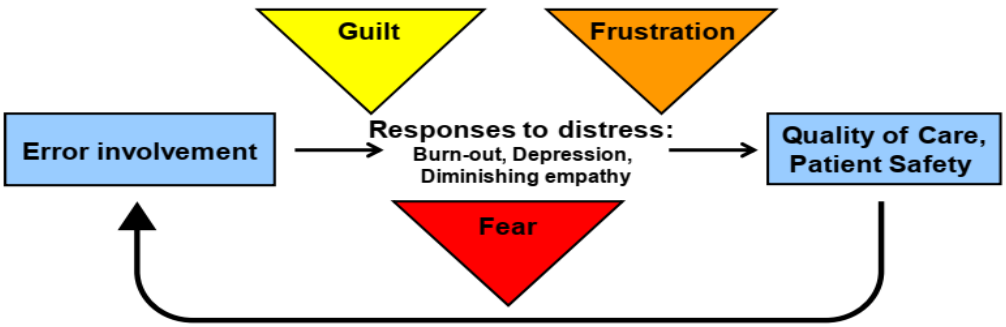
- 6.3 Le plein essor « *Thriving* » : C'est l'étape de résilience professionnelle de la seconde victime. Conditionné à une prise en charge précoce et adaptée, le soignant dépasse l'événement. À l'issue d'un processus de reconstruction psychologique, il retrouve son état émotionnel antérieur et devient donc résilient. En cas d'expérience plus traumatisante (EIGS), poussé par *la quête de sens*, le soignant peut atteindre un niveau supérieur nommé la croissance post-traumatique (Goutaudier et al., 2020), dans lequel il va développer des compétences nouvelles (gestion émotionnelle, gestion des risques). Cette expérience négative va l'élever professionnellement et personnellement.

L'HAS constate que dans 48% des déclarations, l'EIGS a eu des conséquences sur les professionnels de santé. Elle précise également que dans 57% des déclarations, des mesures ont été prises par l'institution pour soutenir les soignants impactés. Il n'y a aucune donnée quant à la nature et la temporalité des aides apportées aux secondes victimes.(*HAS Rapport EIGS*, 2019)

III - 4 - c) Évaluation des besoins

Afin de dépister les secondes victimes et de répondre aux mieux à leurs besoins, un questionnaire a été créé : **Le SVEST-R.** (*Second Victim Experience and Support Tool-Revised*)[15]. Déployé en premier lieu dans les pays anglo-saxons, cet outil validé permet l'évaluation du SSV chez le soignant (Burlison et al., 2017). Sur le principe de l'échelle de Likert, il interroge 9 dimensions : détresse psychologique détresse physique, soutien des collègues, soutien de l'encadrement, soutien de l'institution, confiance en soi, résilience, absentéisme, désir de réorientation. Il a été traduit et validé dans de nombreuses autres langues (danois, turc, allemand, coréen, chinois, etc.) [16]

L'enjeu de définir rapidement et justement les besoins des soignants touchés par le SSV est de casser la dynamique du « cycle de l'erreur » (Schwappach, 2008). Une seconde victime non prise en charge présentera une probabilité plus forte de récidive d'erreur à court et moyen terme.

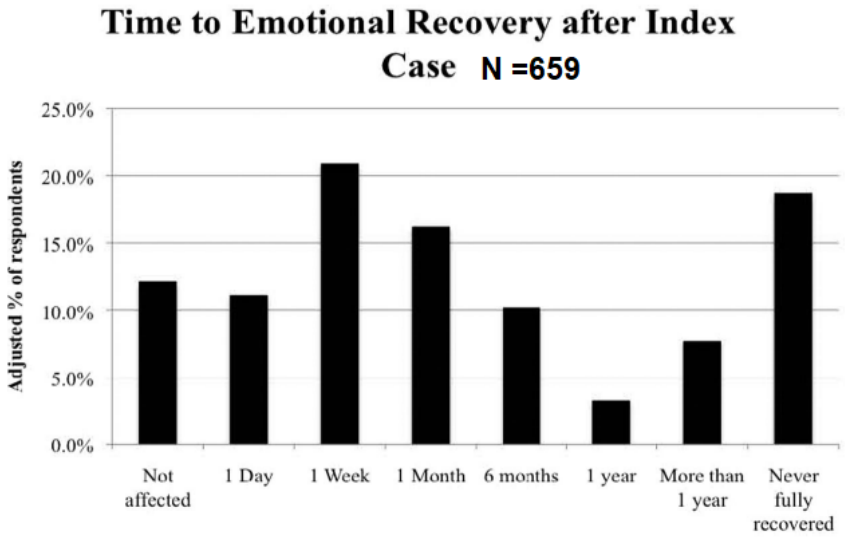


Reciprocal cycle of error involvement, emotional distress, and future errors.

[15] Annexe C
[16] Outil non validé en langue française (Source Pub Med et Lissa)

III - 4 - d) Prise en charge

Les retentissements sur la qualité des soins dispensés par les secondes victimes sont immédiats, mais s'inscrivent aussi sur le temps long. Ainsi, 68% des anesthésistes ayant subi un EIGS estiment que leur capacité à pratiquer l'anesthésie est compromise dans les 4 premières heures, 51 % pendant 24 heures et 28 % jusqu'à une semaine. Issu de la même étude (Gazoni et al., 2012), un graphique illustre l'impact à long terme :



La prise en charge du SSV devrait donc se décliner en considérant ses deux temporalités. Sous l'acronyme TRUST, (Denham, 2007) a proposé cinq droits aux secondes victimes comme fondement de leur accompagnement :

- Un traitement juste *(Treatment that is just)*
- Le respect (*Respect*)
- Compréhension et compassion *(Understanding and Compassion)*
- Les soins de support *(Supportive Care)*
- La transparence et la possibilité de contribuer *(Transparency and the Opportunity to Contribute)*

Dans le cadre des EIGS, des travaux proposent un suivi à court et moyen terme (Arzalier-Daret et al., 2016; Maurice & Péraldi, 2013) :

<u>À court terme</u>

- Débriefing à chaud pour collecter tout élément pouvant améliorer le pronostic du patient et réaliser une première évaluation de l'impact de l'erreur sur le soignant.
- Une fois la prise en charge du patient effectuée, il est recommandé la mise en retrait de l'agent de tout acte de soin. L'objectif est de contrer le cycle de l'erreur.
- Les premiers secours émotionnels doivent être dispensés par un collègue de confiance sur la base de la fiche outil « accompagnement seconde victime »[17] dans un environnement neutre et calme.

[17] Annexe E

cc BY NC ND

- En cas de décès du patient, un accompagnement à domicile ou chez un tiers doit être proposé. Le professionnel accompagnant pourra jouer le rôle de médiateur avec l'entourage dans l'annonce de l'événement et soulager la seconde victime de cette tâche. Dans la phase précoce post événement, le soignant ne doit pas rester seul, c'est un impératif absolu.
- Débriefing collégial (chef de service, cadre, seconde victime et sa personne de confiance) dans le respect des préceptes de culture juste[18]. Le but est d'évaluer l'aptitude du professionnel à poursuivre son activité de soins. Si besoin, le temps du rétablissement émotionnel, proposition de congés avec maintien du lien afin que le soignant ne perçoive pas cela comme une réponse punitive à son erreur.

À moyen terme :

- La réalisation du CREX ou RMM participe au processus de reconstruction de l'agent à condition de respecter les principes de *culture juste*.
- Avec le plein accord du soignant, une prise en charge psychologique pourra être proposée soit en interne via la médecine du travail, soit en externe auprès du praticien de son choix. La prévention des risques psychosociaux (toxicomanie, suicide) est primordiale dans une population soignante (anesthésie-réanimation) reconnue à risque (da Silva Rodrigues et al., 2021; Ossetroff et al., 2015).
- Enfin, il est impératif de ne jamais perdre le contact avec le professionnel afin d'avoir une idée actualisée de son état psychologique.

Deux décennies de recul sur le SSV ont permis la naissance de pôles ressources externes vers lesquels les institutions de santé peuvent se tourner. En 2009, au University of Missouri Health Care (USA), a été créé une unité d'aide spécifique aux secondes victimes baptisée : « forYOU Team » (Scott et al., 2010). En France, une initiative similaire a vu le jour récemment en 2020 à l'institut Universitaire du Cancer Toulouse Oncopole nommée : Accompagnement soignant 2de victime. À noter également qu'un numéro vert[19] créé par le Collège Français d'Anesthésie Réanimation (CFAR) est ouvert 24 h/24 pour venir en aide aux secondes victimes.

À la vue de ces éléments, Il est indéniable que les professionnels atteints par ce syndrome sont des soignants en souffrance. L'impact sur leur capacité à prodiguer des soins est immédiat. La corrélation entre EIGS et SSV semble aller de soi tant l'événement grave en soin est un cataclysme professionnel et personnel. Mais, il est remarquable de constater que le tableau clinique du SSV peut également survenir en cas d'erreur mineure et de presque erreur. Enfin, un dépistage précoce et une proposition d'aide adaptée au degré d'atteinte semblent être la clé d'une forme de résilience professionnelle.

[18] Annexe D
[19] 0800 00 69 62 24 h/24

IV Question de recherche

Le déroulement de mon cadre conceptuel m'a permis de découvrir que l'erreur fait partie intégrante de notre activité de travail.

Le recours à la science ergonomique a été déterminant afin de développer le processus de création de tâches. La recherche en psychologie cognitive, quant à elle, a apporté l'éclairage nécessaire à la compréhension des mécanismes de survenue de l'erreur. Enfin, la thématique de gestion des risques a été abordée sur deux volets : la culture sécurité au sein des systèmes complexes et le syndrome de seconde victime.

Ainsi un premier constat émerge : la question n'est pas de savoir si l'erreur va avoir lieu ou non, mais plutôt d'anticiper sous quelle forme elle va se manifester. Et lorsque celle-ci survient, patient comme soignant, dans leur dimension propre, sont touchés.

Après le temps des remises en question, s'engage alors un processus de reconstruction professionnelle. Selon la gravité de l'erreur et sa capacité de résilience intrinsèque, l'IADE pourra ressortir grandi ou freiné professionnellement de cette expérience traumatique. Mais cette reconstruction dépend également de la résilience même du système dans lequel il exerce.

Ces éléments m'ont permis d'étayer la question de recherche suivante :

En quoi la reconnaissance du statut de seconde victime impacte-t-elle la résilience de l'IADE face à l'erreur ?

IV - 1 Hypothèses

Les hypothèses émises sont les suivantes :

- **H1** : Le concept de seconde victime est méconnu des IADE et des équipes d'encadrement.
- **H2** : Les IADE sont des professionnels résilients face à l'erreur.
- **H3** : La perception de soutien dans l'environnement professionnel est un facteur déterminant de la résilience de l'IADE post erreur.

V Étude exploratrice

V - 1 Méthodologie

V - 1 - a) Populations cibles

Afin de tester mes hypothèses, deux populations cibles ont été interrogées :

- IADE exerçant dans les établissements de santé en France
- Cadres de santé exerçant dans les établissements de santé en France

V - 1 - b) Outils quantitatifs

- Un outil quantitatif pour la population IADE[20]
  - Nomenclature : Q _ IADE
- Un outil quantitatif pour la population Cadre[21]
  - Nomenclature : Q _ Cadre

L'outil quantitatif va me permettre de tester les 3 hypothèses avec une construction de questions exclusivement fermées afin de faciliter l'analyse statistique.

H1 : Le concept de seconde victime est méconnu des IADE et des équipes d'encadrement.

- Q5 IADE : Dans le cadre de la gestion des risques, connaissez-vous la notion de seconde victime ?
- Q6 IADE : Si oui, comment en avez eu connaissance ?
- Q4 Cadre : Dans le cadre de la gestion des risques, connaissez-vous la notion de seconde victime ?
- Q5 Cadre : Si oui, comment en avez-vous eu connaissance ?
- Q6 Cadre : Cette connaissance vous a été utile dans l'accompagnement des secondes victimes au sein de votre service ?

H2 : Les IADE sont des professionnels résilients face à l'erreur

- Mesurer la proportion d'IADE qui considèrent l'erreur tabou (Q7 IADE)
- Mesurer la proportion d'IADE affirmant avoir déjà commis une erreur (Q8 IADE)
- Interroger le type d'erreur commise ? (Q9 IADE) ; (Q14 IADE) ; (Q19 IADE)
- Mesurer la fréquence de survenue par type d'erreur (Q10 IADE) ; (Q15 IADE)

[20] Annexe G
[21] Annexe H

cc BY NC ND

- Mesurer la proportion d'IADE impactée émotionnellement par type d'erreur (Q11 IADE) ; (Q16 IADE) ; (Q20 IADE)
- Mesurer l'impact de l'erreur dans le temps (Q13 IADE) ; (Q18 IADE) ; (Q22 IADE)
- Mesurer l'intensité des émotions ressenties par type d'erreur. (Q12 IADE) ; (Q17 IADE) ; (Q21 IADE)
- Évaluer la résilience des IADE

  (Q25 IADE) : « Consécutivement à une erreur que vous avez commise, vous avez songé à … », les répondants se voient proposer huit cases à cocher :

  - **4 items de résilience,** inspiré[22]s du Second Victim Experience and Support Tool-Revised (SVEST-R)
    - Mettre à niveau personnellement vos connaissances théoriques
    - Mettre en place des mesures correctives dans votre pratique
    - Faire une demande de formation institutionnelle
    - Vous engagez davantage dans la gestion des risques au sein de votre service
  - **4 items de non-résilience,** traduction littérale du SVEST-R
    - Arrêter la profession IADE
    - Vous mettre en retrait (congés maladie)
    - Exercer dans un poste hors soin
    - Changer de lieu d'exercice (bloc ou établissement)

<u>Trois profils de résilience IADE seront ainsi créés.</u>

- Un IADE est considéré ***« résilient »*** s'il coche plus d'items de résilience que de non-résilience
- Un IADE est considéré **« non-résilient »** s'il coche plus d'items de non résilience que de résilience
- Un IADE est considéré ***« neutre »*** s'il coche autant d'items de résilience que de non-résilience.

H3 : La perception de soutien dans l'environnement professionnel est un facteur déterminant de la résilience de l'IADE face à erreur. Sous forme d'échelle de Likert, deux questions vont me permettre de mesurer la perception de soutien de l'IADE de la part de l'équipe d'anesthésie (Q23 IADE) et de l'équipe d'encadrement (Q24 IADE). Issues du SVEST-R, voici leur version anglo-saxonne et leur version traduite telle que présentée dans l'outil quantitatif.

[22] Adaptation pour la création de l'outil quantitatif

cc BY NC ND

Soutien d'équipe

« My colleagues help me feel that I am still a good healthcare provider despite any mistakes I have made »

Traduction : *« Mon équipe me soutient et considère que je suis toujours un bon soignant malgré une erreur que j'ai pu commettre. »*

Soutien de l'encadrement

« My supervisor's responses are fair. »

Traduction : *« mon encadrement reconnaît que les soignants ayant commis une erreur ont besoin d'aide pour résoudre ses impacts sur leur pratique. »*

La traduction n'est pas littérale afin d'apporter un peu plus de précision sans pour autant trahir l'esprit de la version originale.

Une fois la perception de soutien équipe et encadrement objectivée, nous croiserons ces données avec les différents types de résilience IADE constatés en Q25 IADE, nous permettant ainsi de tester H3.

Les données sociodémographiques sont collectées via :

- Q1 IADE, Q2 IADE, Q3 IADE, Q4 IADE
- Q1 Cadre, Q2 Cadre, Q3 Cadre

V - 1 - c) Outil qualitatif

La population cible de l'outil qualitatif :

- IADE exerçant dans les établissements de santé en France
- Nomenclature : EQ _

Une enquête mixte nous semblait pertinente eu égard au sujet traité. L'expérience de l'erreur est un vécu émotionnel parfois intense. Le format de l'entretien semi-directif permet d'établir un lien de proximité et d'empathie avec le répondant propice au développement des idées.

« Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants. » (Pope & Mays, 1995)

L'outil qualitatif a été construit en quatre thématiques principales[23] :

- **Culture sécurité**

EQ2 : Estimez-vous que la culture sécurité est une valeur bien ancrée au sein de votre service ?

EQ3 : Pensez-vous que l'erreur est un sujet tabou dans votre environnement professionnel ?

[23] Grille d'entretien en annexe I

cc BY NC ND

- **L'erreur dans la pratique IADE**

EQ4 : Depuis que vous êtes IADE, avez-vous déjà commis des erreurs ?

EQ5 : Pourriez-vous développer les circonstances de survenue d'une erreur que vous avez commise vous ayant impacté ?

EQ6 : Sur une échelle de gravité entre 0 et 10, à combien l'estimez-vous ?

EQ7 : Pouvez-vous me décrire les émotions que vous avez ressenties à ce moment-là ?

- **Perception de soutien**

EQ8 : Avez-vous signalé cette erreur à votre encadrement ?

EQ9 : Face à l'état émotionnel que vous m'avez décrit précédemment, des ressources institutionnelles vous ont-elles été proposées par vos cadres ?

EQ10 : Quelles autres ressources avez-vous trouvées dans votre environnement professionnel pour vous aider à la suite de cette erreur ?

EQ11 : Considérez-vous que l'équipe d'anesthésie vous ait soutenue ?

- **Résilience**

EQ12 : Dans les premiers temps, cette erreur vous a-t-elle fait douter de votre avenir professionnel en tant qu'IADE ?

EQ13 : Doutez-vous encore à ce jour de votre avenir professionnel en tant qu'IADE ?

EQ14 : À ce jour estimez-vous être encore impacté négativement par cette erreur ?

EQ15 : Estimez-vous que cette erreur a eu des répercussions positives dans votre pratique ?

- **Les données sociodémographiques sont collectées via** :

EQ1 : Pouvez-vous présenter succinctement votre parcours professionnel ?

Remarque : afin de faciliter la lecture des résultats, nous utiliserons les abréviations suivantes

PE	Presque erreur
EM	Erreur mineure
EG	Erreur grave
TCD	Tableau croisé dynamique
SV	Seconde victime
IR	Item de résilience
INR	Item de non-résilience
NA	Non applicable

VI Résultats de l'enquête

Les résultats de l'enquête mixte seront présentés par thématique selon la nomenclature des questions arrêtées dans le paragraphe précédent.

Thématiques	Questions
Données sociodémographiques	Q1 IADE ; Q2 IADE ; Q3 IADE ; Q4 IADE Q1 Cadre ; Q2 Cadre ; Q3 Cadre **EQ 1**
Culture sécurité	Q5 IADE ; Q6 IADE ; Q7 IADE Q4 Cadre ; Q5 Cadre ; Q6 Cadre **EQ2 ; EQ3**
L'erreur dans la pratique IADE	Q8 IADE ; Q9 IADE ; Q10 IADE ; Q11 IADE ; Q12 IADE ; Q13 IADE ; Q14 IADE ; Q15 IADE ; Q16 IADE ; Q17 IADE ; Q18 IADE ; Q19 IADE ; Q20 IADE ; Q21 IADE ; Q22 IADE **EQ4 ; EQ5 ; EQ6 ; EQ 7**
Perception de soutien	Q23 IADE ; Q24 IADE **EQ8 ; EQ9 ; EQ10 ; EQ11**
Résilience	Q 25 IADE **EQ 12 ; EQ 13 ; EQ 14 ; EQ 15**

VI - 1 Présentation des résultats

VI - 1 - a) Données sociodémographiques outils quantitatifs

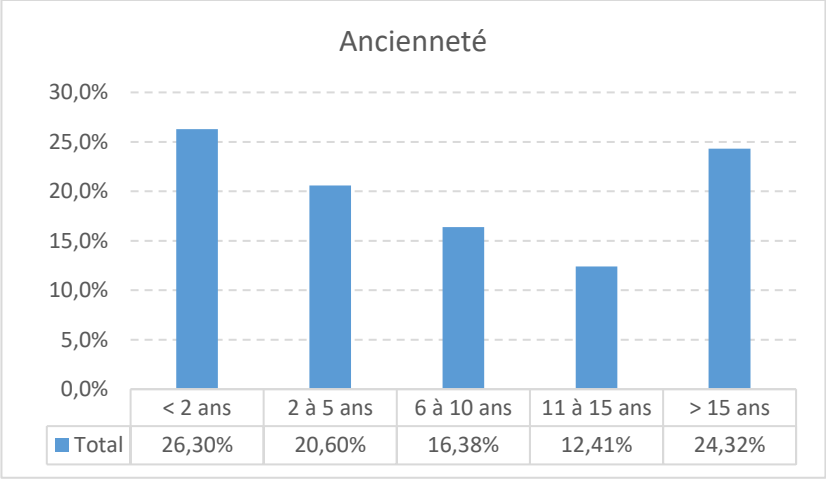
- L'outil quantitatif IADE nous a permis de collecter **404 réponses** dans la période du 3 février 2023 au 7 mars 2023, soit 4,56 % des IADE de moins de 62 ans. Source DREES, inscrits au répertoire ADELI 2021.

- Application du critère de non-inclusion :

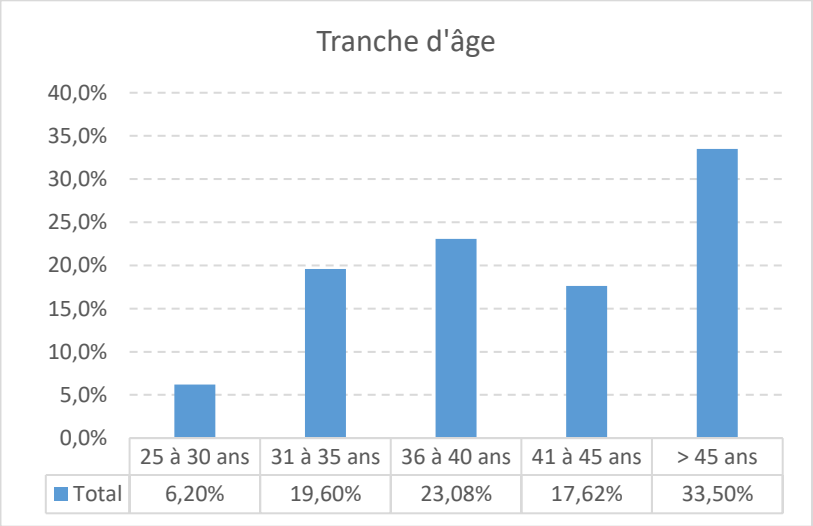
Répondant n° 92 : a coché OUI à Q8 IADE « Dans votre pratique, avez-vous déjà commis des erreurs ? » puis « NON » à toutes les types d'erreurs analysés dans l'enquête.

Population totale exploitable : **N = 403**

Q1 IADE : Ancienneté dans votre fonction IADE ? **n = 403**

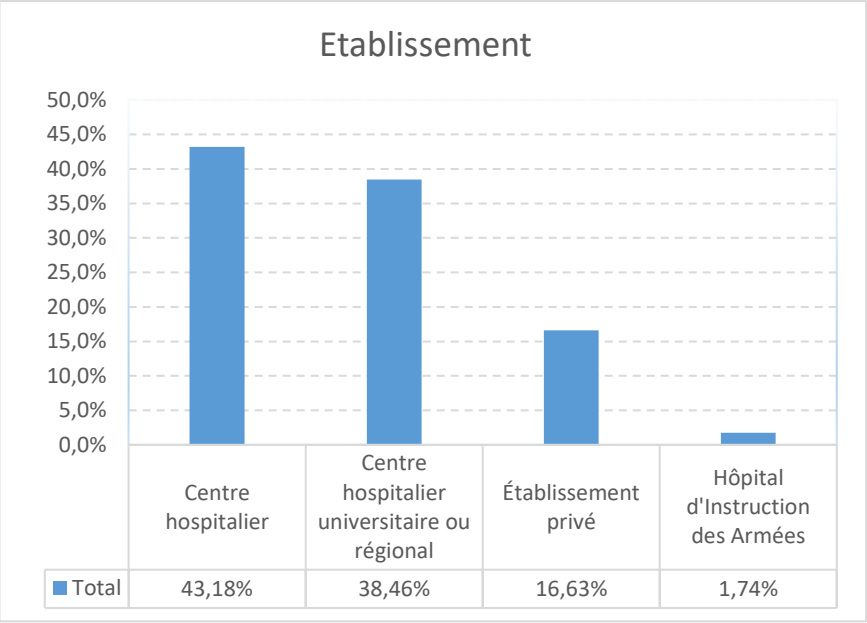


Q2 IADE : Quelle est votre tranche d'âge ? **n = 403**

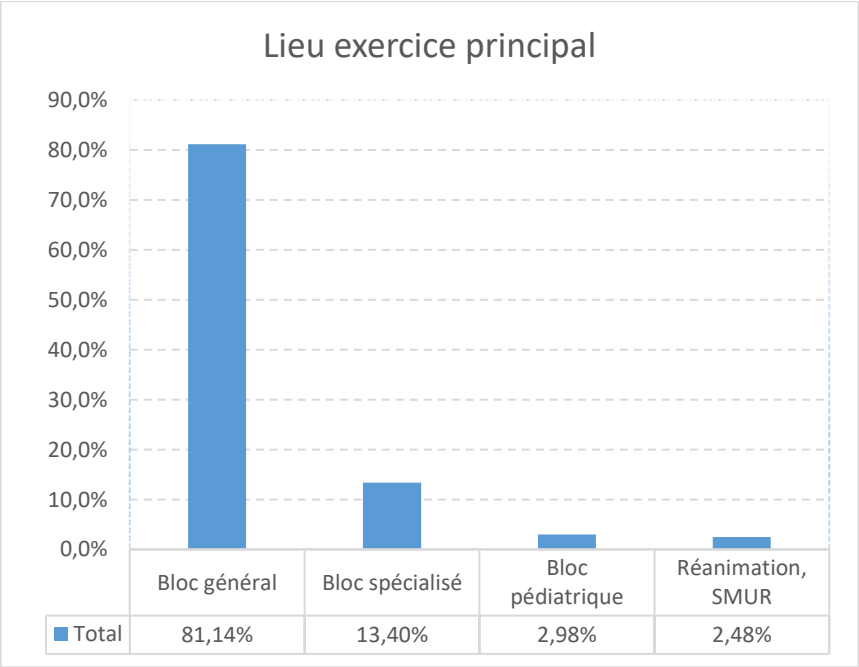


cc BY NC ND

Q3 IADE : Dans quel type d'établissement exercez-vous ? **n = 403**



Q4 IADE : Quel est votre lieu d'exercice principal ? **n = 403**



Une grande majorité des IADE de l'échantillon travaillent en bloc général, **81,14%** (327)

cc BY NC ND

En appliquant une moyenne de classe générale approximative, nous obtenons le profil type de notre échantillon :

- **IADE de 41,4 ans**
- **Ancienneté de 8,1 années**
- **Travaillant en CHU, CHR**
- **En bloc général**

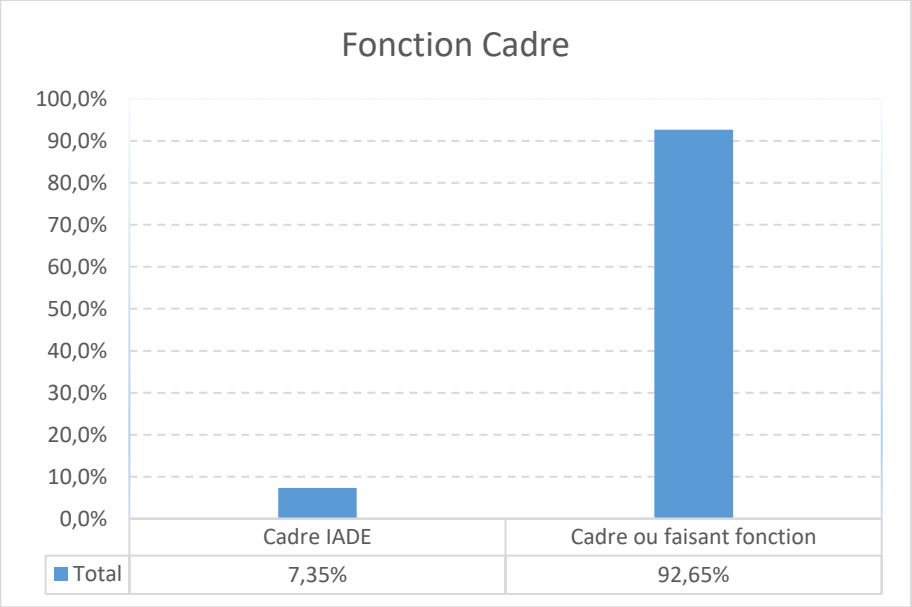
Pour obtenir, une moyenne d'âge plus représentative de la tranche > 45 ans, nous avons appliqué une médiane à 50,5 ans correspondant à une tranche de 46 à 55 ans d'âge.

Pour obtenir une moyenne d'ancienneté plus représentative de l'effectif > 15 ans, nous avons appliqué une médiane à 17,5 années correspondant à une tranche 15 à 20 ans d'expérience.

- **L'outil quantitatif Cadre** nous a permis de collecter **136 réponses** dans la période du 2 février 2023 au 8 mars 2023 auprès des cadres de santé, cadre faisant fonction et cadre IADE.

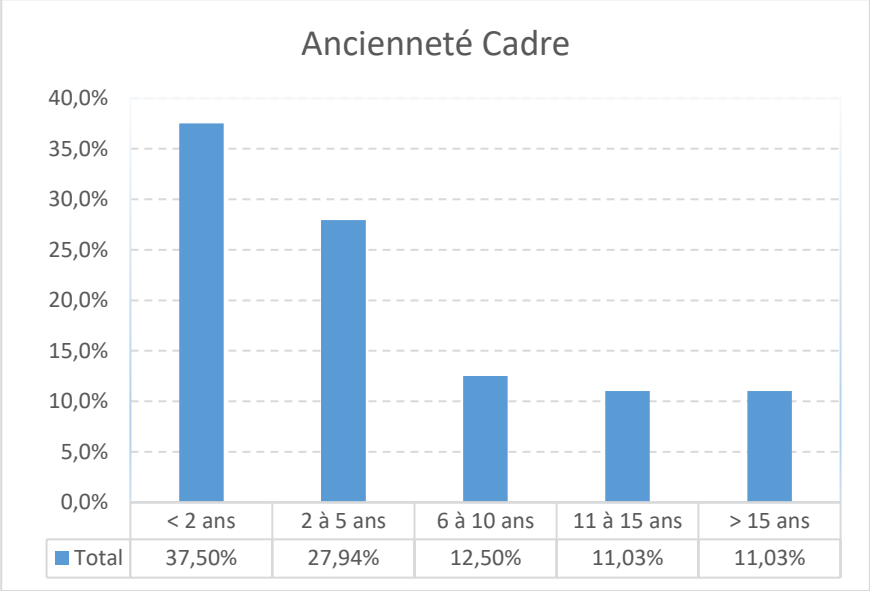
  Population totale exploitable : **N = 136**

Q1 Cadre : Quelle est votre fonction cadre ? **n = 136**

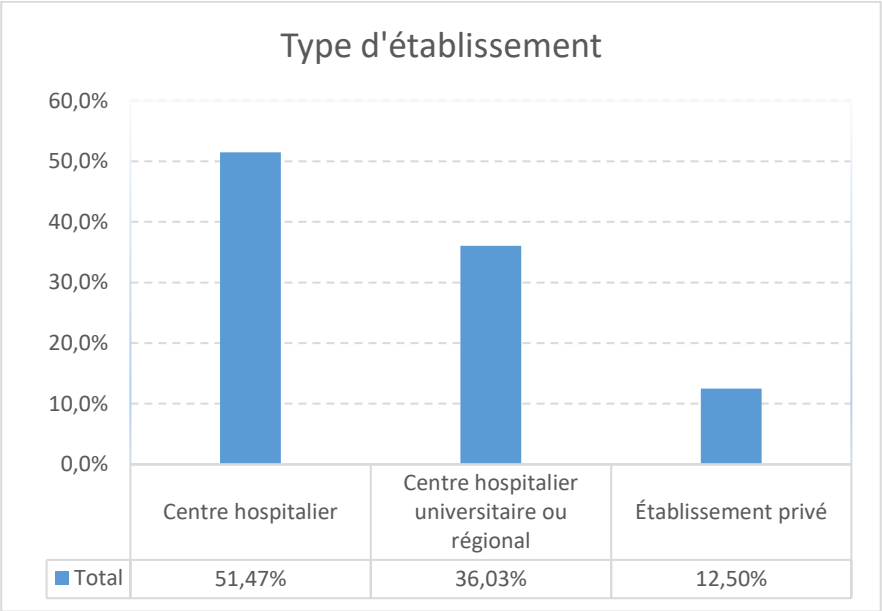


Cadres et faisant fonction représentent **92,65**% de notre échantillon (126) alors que les cadres IADE représentent **7,35%** (10).

Q2 Cadre : Quelle est votre ancienneté dans votre fonction ? **n = 136**



Q3 Cadre : Dans quel type d'établissement exercez-vous ? **n = 136**



Si nous appliquons une moyenne de classe générale approximative, nous obtenons le profil type de notre échantillon cadre : 5,7 années d'ancienneté travaillant dans le secteur public.

Pour obtenir une moyenne d'ancienneté plus représentative de l'effectif > 15 ans, nous avons appliqué une médiane à 17,5 années correspondant à une tranche 15 à 20 ans d'expérience.

VI - 1 - b) Données sociodémographiques outil qualitatif

Les entretiens semi-directifs se sont déroulés en visioconférence dans la période du 10 au 15 mars 2023. Les enregistrements sonores ont été réalisés avec l'accord explicite de chaque IADE. Dans un souci d'anonymat renforcé, j'ai limité au strict nécessaire la présentation des profils IADE et appliqué une fourchette d'âge. Afin de prévenir un biais centrique, chaque IADE exerce dans un établissement différent. L'intégralité des retranscriptions est consultable en annexe F.

Entretien IADE n° 1 ; *21 min 22 s*

- 35 à 40 ANS
- IDE 2007
- IADE 2018
- CHU pluridisciplinaire

Entretien IADE n° 2 ; *14 min 8 s*

- 45 à 50 ans
- IDE depuis 2001
- IADE depuis 2013
- CH Bloc polyvalent

Entretien IADE n° 3 ; *21 min 32 s*

- 40 à 45 ans
- IDE 2003
- IADE 2009
- CH Bloc polyvalent

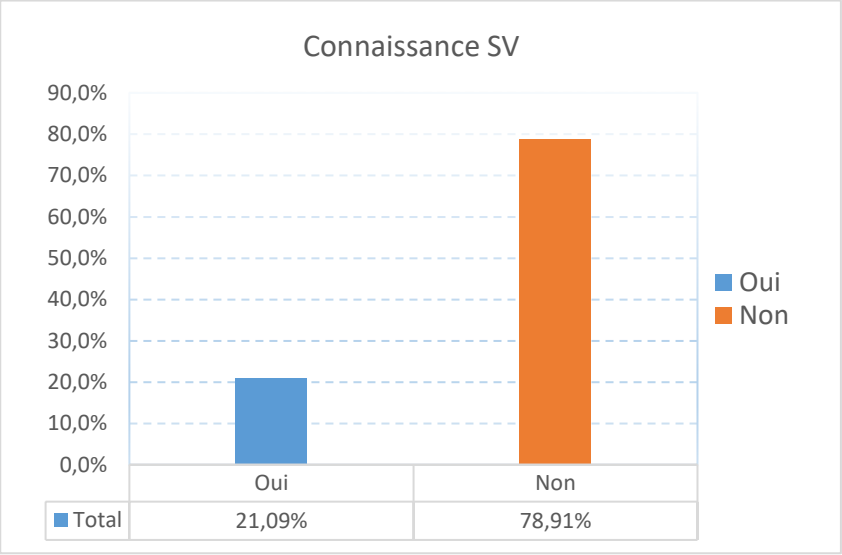
Entretien IADE n° 4 ; *13 min 43 s*

- 40 à 45 ans
- IDE 2006
- IADE 2016
- CHU, pluridisciplinaire

Les données sociodémographiques des IADE qui ont participé aux entretiens sont en cohérence avec le profil type de notre échantillon quantitatif.

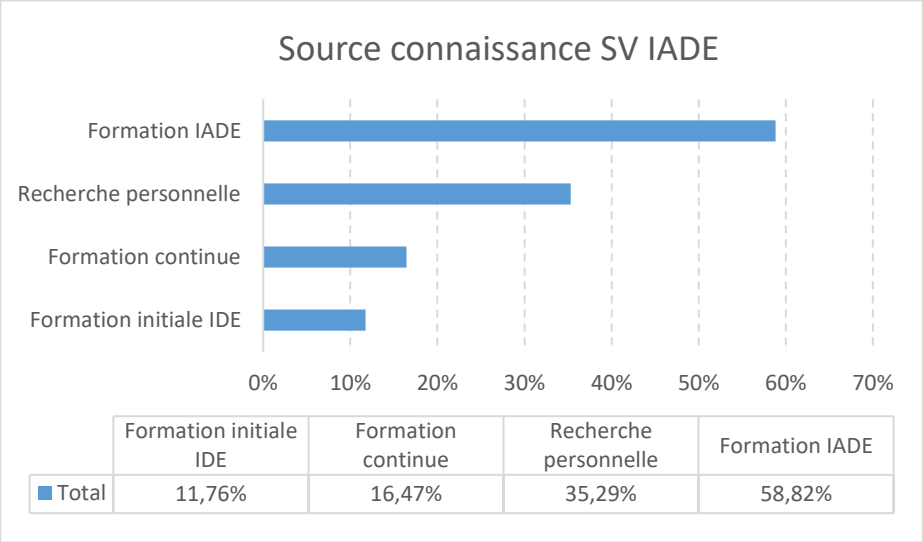
VI - 1 - c) Culture sécurité

Q5 IADE : Dans le domaine de la gestion des risques, connaissez-vous la notion de seconde victime ? **n = 403**



21,09% (318) des IADE déclarent connaître la notion de seconde victime alors que **78,91%** (85) ne la connaissent pas. La littérature *Patient Safety* étant récente sur le sujet, ces chiffres ne sont pas surprenants.

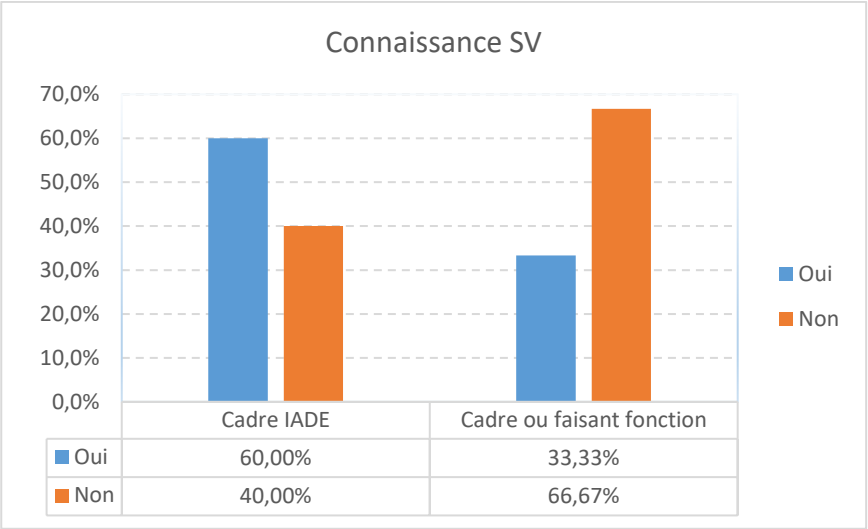
Q6 IADE Si oui, comment en avez-vous pris connaissance ? **n = 85**



58,82% (50) déclarent en avoir eu connaissance lors de leur formation de spécialité. **35,29%** (30) à l'occasion de recherches personnelles, **16,47%** lors de leur formation continue (14) et **11,76%** (10) lors de leur formation initiale IDE. *(Les valeurs absolues sont affichées en total distinct)*

cc BY NC ND

Q4 Cadre : Dans le domaine de la gestion des risques, connaissez-vous la notion de seconde victime ? **n = 136**

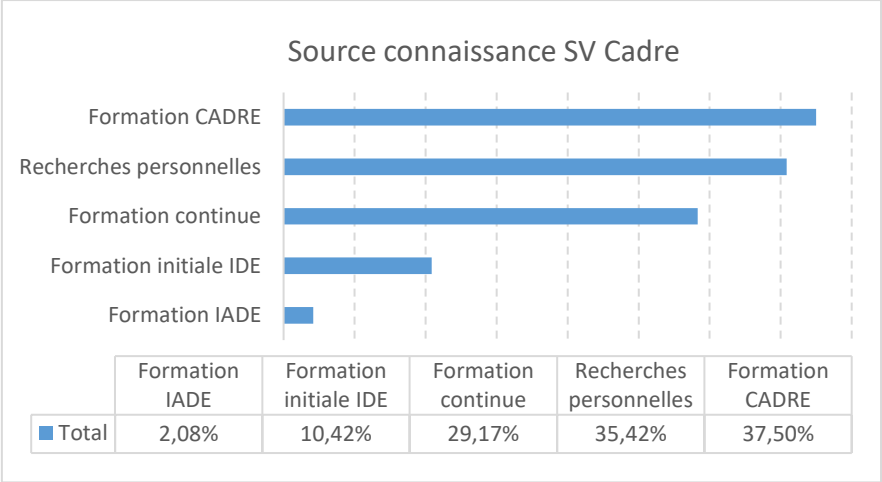


	Cadre IADE	Cadre ou faisant fonction
Oui	60,00%	33,33%
Non	40,00%	66,67%

Les cadres IADE semblent être plus informés au sujet de la notion de seconde victime. Toutefois, cette donnée manque de puissance en raison de la sous-représentation de la cohorte **(10)**. Il aurait été intéressant de dissocier les cadres diplômés des cadres faisant-fonction car ces derniers, moins formés, peuvent biaiser les résultats de notre sondage.

En poolant l'ensemble des fonctions-cadres, nous obtenons les données suivantes : **64,71%** (88) ne connaissent pas la notion de seconde victime. **35,29 %** (48) la connaissent. En proportion, c'est 14 points de plus que la population IADE.

Q5 Cadre : Si oui, comment en avez-vous pris connaissance ? **n = 48**

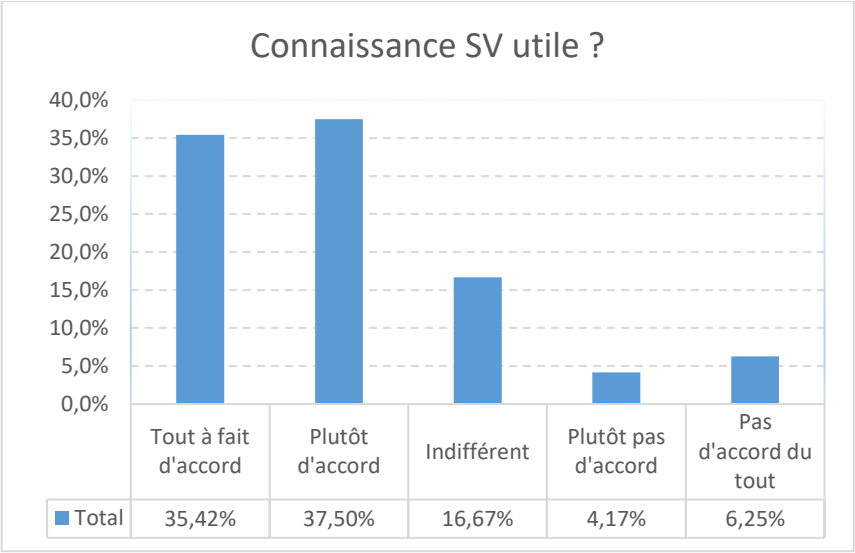


	Formation IADE	Formation initiale IDE	Formation continue	Recherches personnelles	Formation CADRE
Total	2,08%	10,42%	29,17%	35,42%	37,50%

37,50% (18) déclarent en avoir eu connaissance lors de leur formation cadre, **35,42%** (17) à l'occasion de recherches personnelles, **29,17%** lors de leur formation continue (14), **10,42%** (5) lors de leur formation initiale IDE et **2,08%** (1) lors de leur formation IADE *(les valeurs absolues sont affichées en total distinct)*

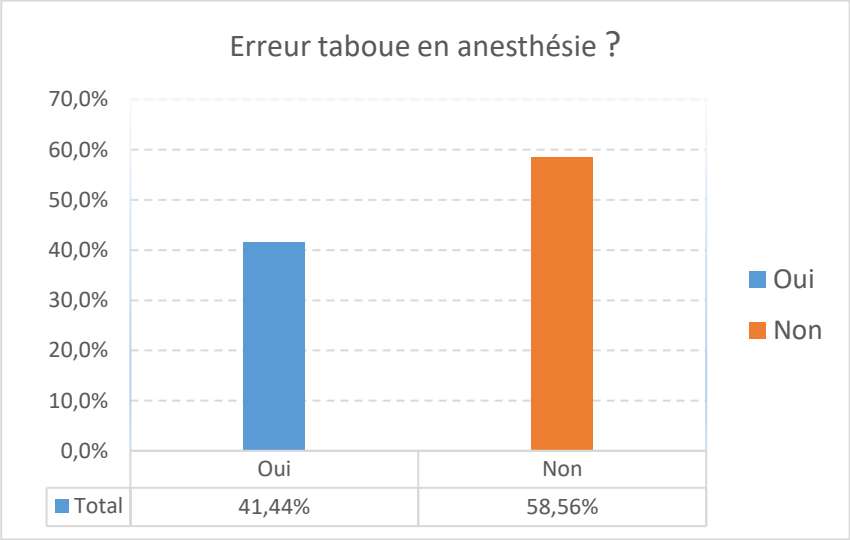
cc BY NC ND

Q6 Cadre : Cette connaissance vous a-t-elle été utile dans l'accompagnement des secondes victimes dans votre service ? **n = 48**

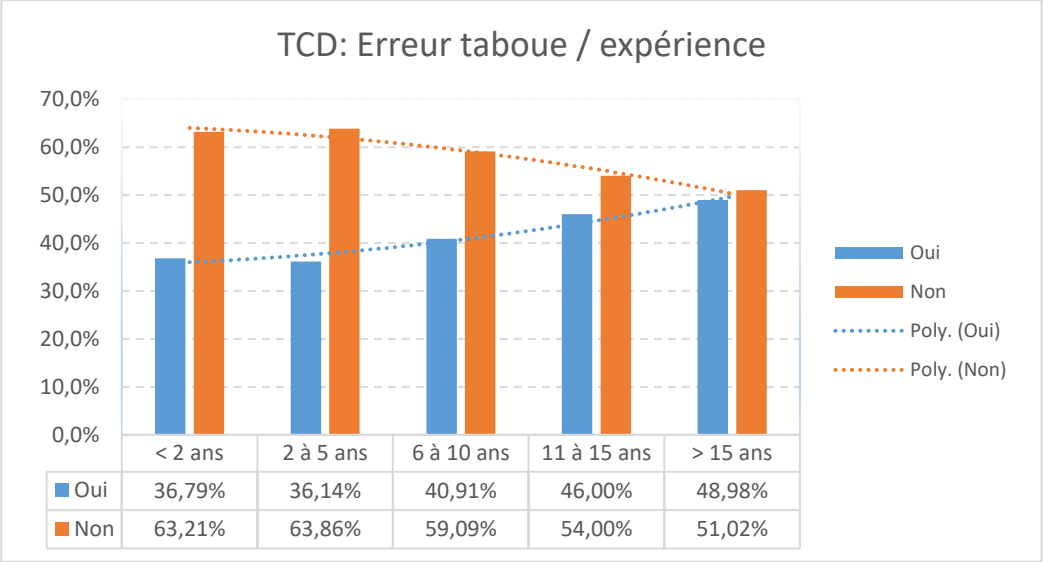


72,92% (35) (tout à fait d'accord et plutôt d'accord) des cadres considèrent que cet apport théorique est utile dans leur accompagnement des soignants impactés par une erreur. La formation sur le thème de la seconde victime est donc perçue comme une vraie plus-value pour une majorité des cadres sensibilisée sur le sujet.

Q7 IADE : Le sujet de l'erreur est-il tabou en anesthésie ? **n = 403**



41,44% (167) des IADE estiment que l'erreur est taboue en anesthésie, **58,56**% (236) pensent le contraire. En terme de culture sécurité, ces premiers chiffres soulèvent déjà une problématique : comment promouvoir la déclaration des événements indésirables lorsque l'erreur est perçue comme taboue par une proportion aussi importante de professionnels ?



	< 2 ans	2 à 5 ans	6 à 10 ans	11 à 15 ans	> 15 ans
Oui	36,79%	36,14%	40,91%	46,00%	48,98%
Non	63,21%	63,86%	59,09%	54,00%	51,02%

Si l'on ajoute comme variable le niveau d'expérience, on observe que l'écart se resserre entre les deux cohortes au fil du temps.

Une première hypothèse que l'on peut émettre pour expliquer ce phénomène, c'est la part grandissante de la simulation dans les formations de santé. L'erreur y est abordée de manière constructive, non jugeante en pluridisciplinarité. Les jeunes diplômés IADE y ont eu plus accès que leurs ainés.

Une hypothèse alternative serait qu'une proportion des IADE confrontée à l'erreur durant leur carrière et la gestion punitive de cette dernière[24], révise leur jugement initial.

EQ 2 : Estimez-vous que la culture sécurité est une valeur bien ancrée au sein de votre service ?

IADE 1 2 et 4 souligne d'emblée que la culture sécurité est dans l'ADN de la profession IADE : plusieurs d'entre eux me citent spontanément des éléments sécurité de leur pratique : « ouverture rigoureuse de salle », « Check list », « préparation de plateau avec étiquetage normé"

Ce regard expert des IADE sur la sécurité en anesthésie les amène à être critiques vis-à-vis de la « *culture sécurité* » de leur établissement.

IADE 3 affirme " On en parle beaucoup, mais on en fait peu [hésitation] on n'agit pas assez ». Et regrette le manque d'uniformisation des pratiques source d'erreur.

IADE 4 estime que la culture sécurité est à géométrie variable selon les corps de métier avec qui il travaille et que cela tourne parfois au "choc des cultures".

IADE 1 souligne l'absence « des paramédicaux » au briefing médical du matin dans son service. Temps nécessaire pour « reprendre les difficultés éventuelles avec un patient" et permettre "d'anticiper certaines choses". Son propos se termine par « je ne trouve pas que le bloc (…) soit un bon exemple. »

Tous les IADE interrogés posent une frontière très nette entre leur *propre* culture sécurité et celle qui peut s'exercer à l'échelle d'une équipe pluridisciplinaire.

[24] Cf p.21 Résultats enquête « HAS culture et sécurité des soins 2010 »

EQ 3 : L'erreur est-elle taboue en anesthésie ?

IADE 3 et 4 sont catégoriques pour dire que l'erreur est taboue dans le domaine de l'anesthésie.

IADE 4 « Oui elle l'est, et malheureusement elle ne devrait pas l'être. »

Mais chacun va soumettre des éléments de nature différente pour justifier leur point de vue.

IADE 3 pointe un problème originel de rhétorique : « la première erreur, c'est de parler de faute » « la faute, c'est très péjoratif, l'erreur ça l'est beaucoup moins ».

Il va également apporter comme argument les phénomènes de protection corporatiste où les protagonistes sont plus enclins à « *défendre leur peau* » que de s'engager dans une analyse systémique de l'erreur. Le rapport anesthésie-chirurgie est cité.

IADE 4 qui a déclaré son erreur à son équipe d'encadrement (erreur site d'injection, curare dans cathétérisme artériel) s'est vu reprocher cette démarche par ses pairs : « Ton erreur, tu n'aurais pas dû forcément la déclarer, il n'y a pas eu d'impact pour la patiente. »

Arrêtons-nous un instant sur ces propos. Certes, la patiente a eu des troubles du rythme réversibles, sans conséquence. Mais le danger de ne pas faire une déclaration d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) est qu'aucune démarche d'analyse ne soit faite sur les mécanismes de survenue de cette erreur. Manquant ainsi l'occasion de mettre en place des mesures correctives et une sensibilisation des équipes sur le sujet. L'erreur pourrait ainsi se reproduire avec un produit potentiellement plus létal. Enfin, c'est priver le patient d'un suivi si jamais des conséquences au long court survenaient et d'une possible réparation du préjudice.[25]

Sur le plan éthique, cette position est donc difficilement soutenable. C'est pourtant le corollaire de l'erreur taboue dans le soin.

IADE 1 et 2 vont apporter un avis plus nuancé.

IADE 1 : Entre paramédicaux « on en rediscute entre nous » ; « plus on en parle, plus on minimise le risque que ça arrive. »

IADE 2 : « Je travaille avec des IADE pour la plupart qui ont un CV démentiel, qui n'ont pas de doute, pas de honte à reconnaître qu'ils ont fait des erreurs, même si ce n'est jamais agréable. »

IADE 2 propose aussi la piste de « l'égo surdimensionné » des IADE comme un frein à la reconnaissance de l'erreur. Admettre d'avoir fait une erreur, « c'est reconnaître que l'on est éventuellement faible. »

Cette affirmation renvoie à la représentation du métier d'IADE développée dans mon questionnement initial. Un métier hautement qualifié ou certains professionnels considèrent ne pas avoir le droit à l'erreur. « Ce n'est pas possible » selon eux.

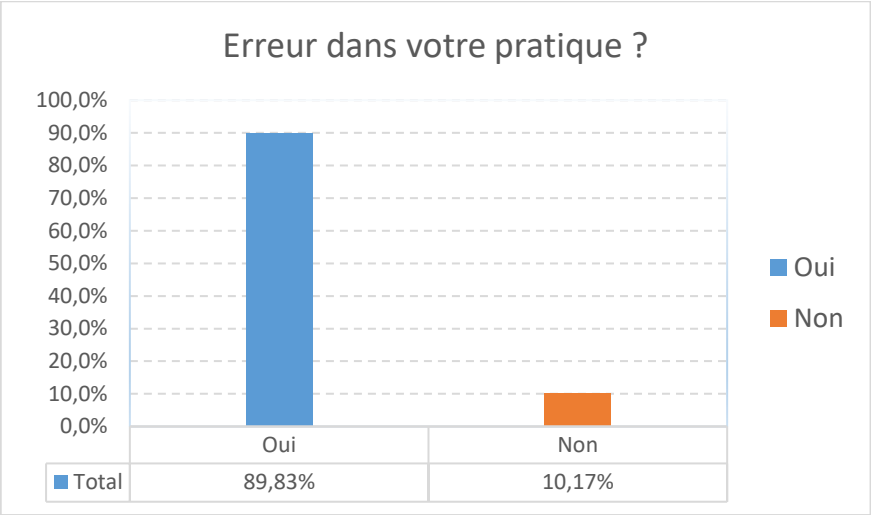
Et pourtant …

[25] Aléa thérapeutique, loi Kouchner du 4 mars 2002

cc BY NC ND

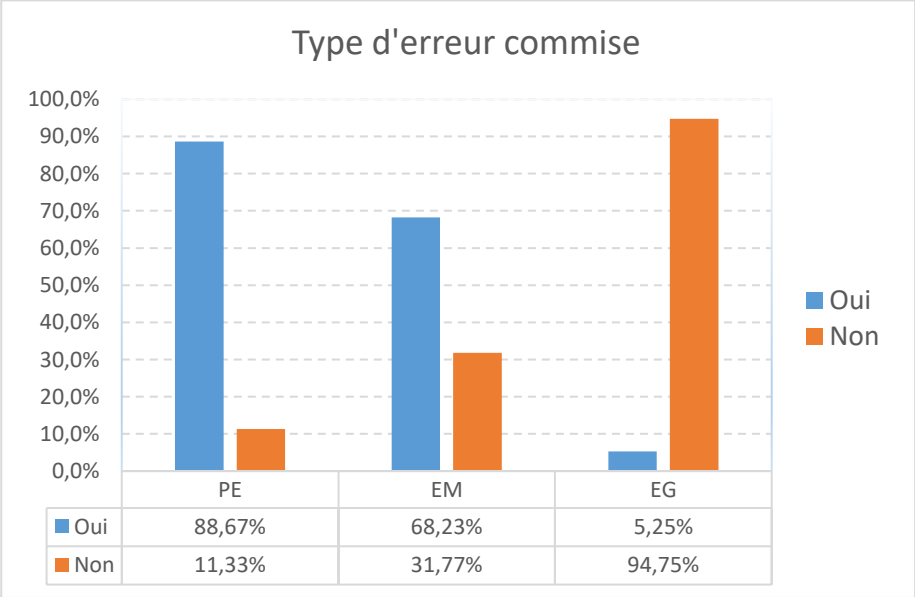
VI - 1 - d) L'erreur dans la pratique IADE

Q8 IADE : Dans votre pratique, avez-vous déjà commis des erreurs ? **n = 403**



89,83 % (362) des IADE déclarent avoir déjà commis des erreurs dans leur carrière, **10,17%** (41) estiment que non. À ce stade de l'outil quantitatif, les IADE qui ont répondu « Non » ont terminé le questionnaire.

Q9, Q14 et Q19 IADE : Type d'erreur commise **n = 362**



	PE	EM	EG
Oui	321	247	19
Non	41	115	343

cc BY NC ND

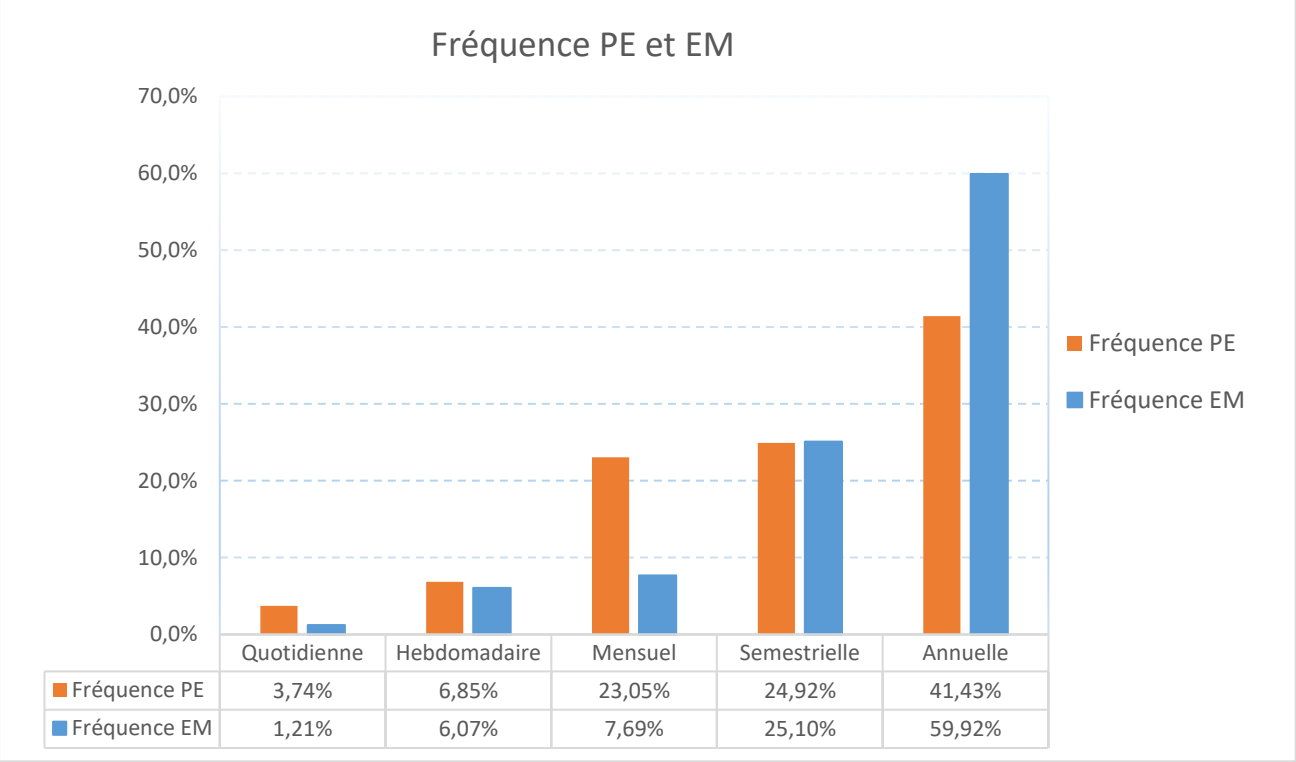
Les trois types d'erreurs évalués sont les suivantes :

- **Les presque erreurs (PE)** ou *near miss* : Erreur interceptée avant leur survenue sans conséquence pour le patient
- **Les erreurs mineures (EM)** : Erreur occasionnant des conséquences modérées et réversibles pour le patient
- **Les erreurs graves (EG)** : Erreur occasionnant des conséquences graves pour le patient : décès, mise en jeu du pronostic vital, déficit fonctionnel permanent.

Les définitions ont été incluses au questionnaire afin de permettre aux répondants de bien identifier les différents types d'erreurs.

Q10 Q15 IADE : À quelle fréquence estimez-vous leur survenue dans votre pratique ?

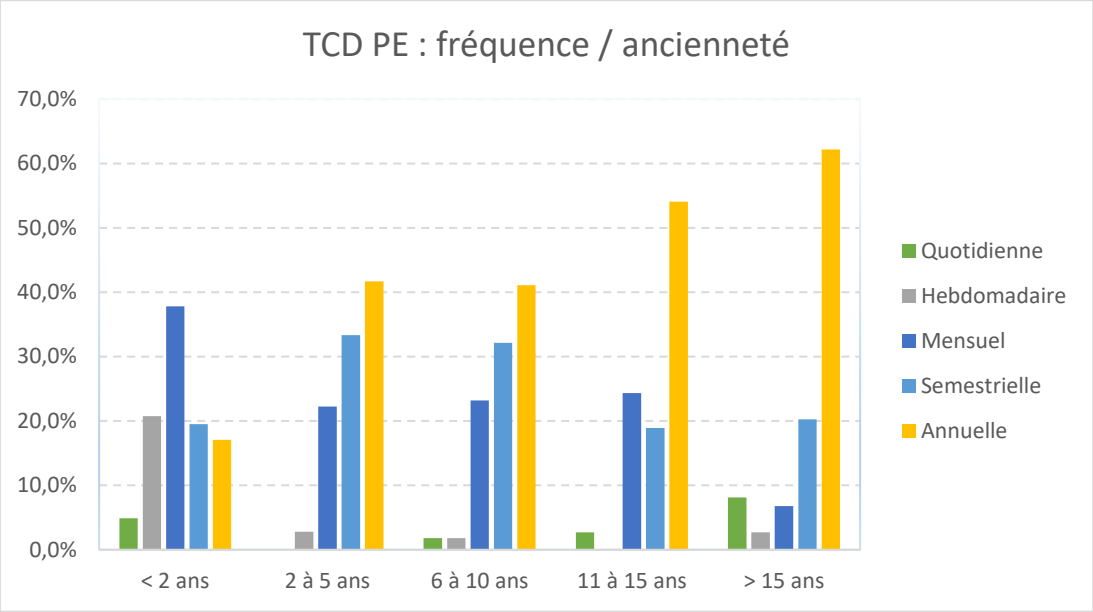
n = 362

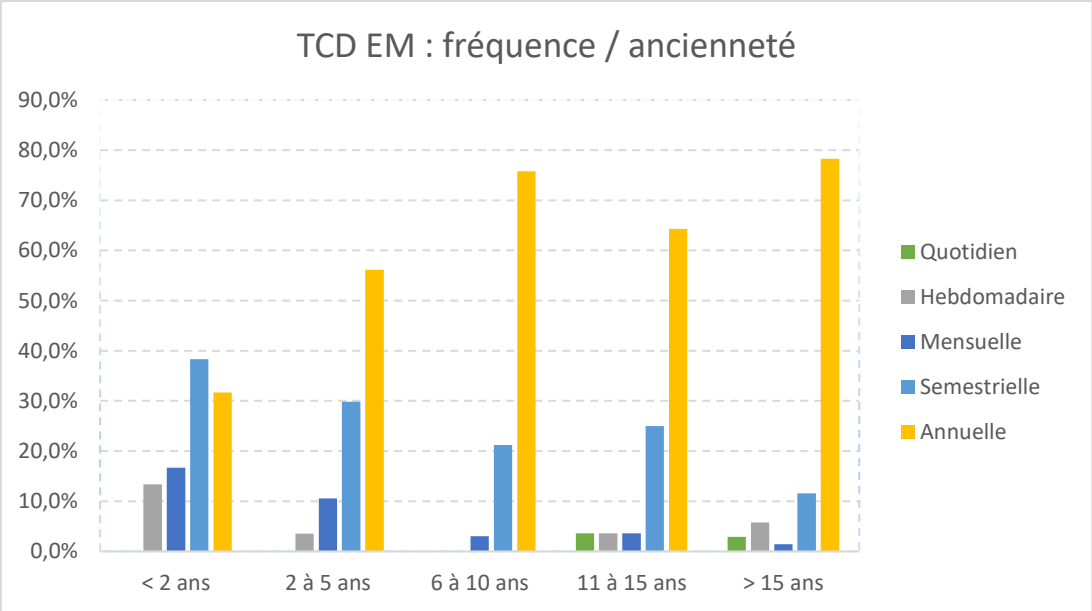


	Quotidienne	Hebdomadaire	Mensuel	Semestrielle	Annuelle
Fréquence PE	3,74%	6,85%	23,05%	24,92%	41,43%
Fréquence EM	1,21%	6,07%	7,69%	25,10%	59,92%

L'erreur grave étant un événement rarissime dans une carrière IADE, l'évaluation de sa fréquence ne nous a pas semblé pertinente.

- **PE** : Les hautes fréquences (quotidienne et hebdomadaire) représentent **10,59%** (34) des presque-erreurs**,** les basses fréquences (mensuelle, semestrielle, annuelle) en représentent **89,41%** (287).
- **EM :** Les hautes fréquences représentent **7,28%** (18) des erreurs mineures**,** les basses fréquences représentent **92,72%** (229).



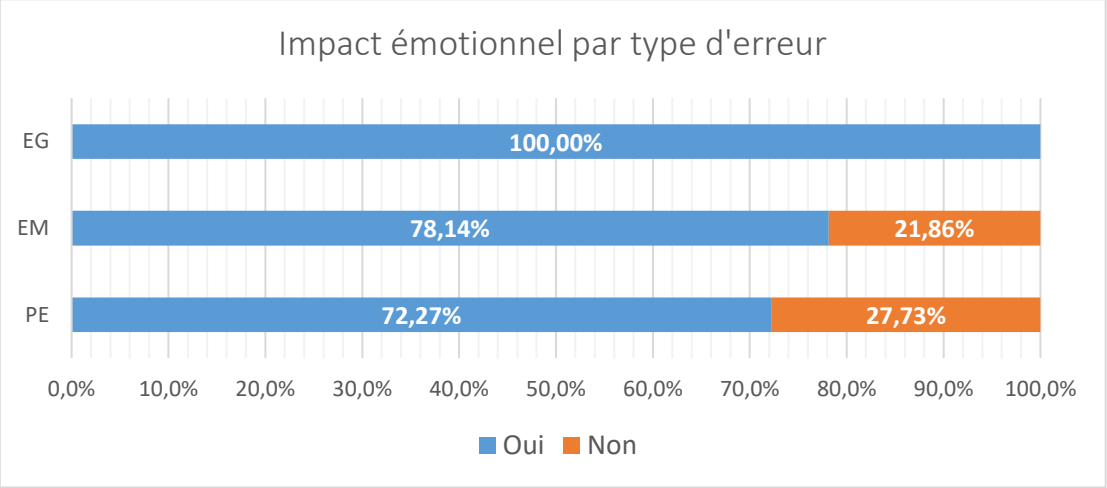


Si l'on croise les fréquences de survenue des erreurs avec l'ancienneté, on observe que les hautes fréquences touchent plus les jeunes diplômés IADE (< 6 ans de diplomation). Il s'opère également un jeu de vases communicants des hautes fréquences vers les basses fréquences jusqu'à la tranche 6 à 10 ans d'ancienneté. La tendance est encore plus nette pour les EM avec la disparition des hautes fréquences dans cette même tranche d'expérience. Cette tendance objective la montée en expérience de l'IADE dans sa courbe d'apprentissage avec des occurrences d'erreurs à la baisse.

Enfin notons une résurgence sensible des hautes fréquences pour les IADE les plus expérimentés (PE et EM > 10 ans de diplomation). La science ergonomique apporte une réponse à ce phénomène. Cela peut sembler contre-intuitif, mais une compétence élevée peut favoriser la survenue d'erreur (Leplat, 2016d). En effet, un opérateur expérimenté va produire beaucoup plus de tâches en niveau SB (routine). Ce niveau d'activité étant beaucoup plus sensible aux interruptions de tâche (par baisse du niveau attentionnel), les erreurs surviennent plus fréquemment.

Q11, Q16 et Q20 IADE : Impact émotionnel selon type d'erreur

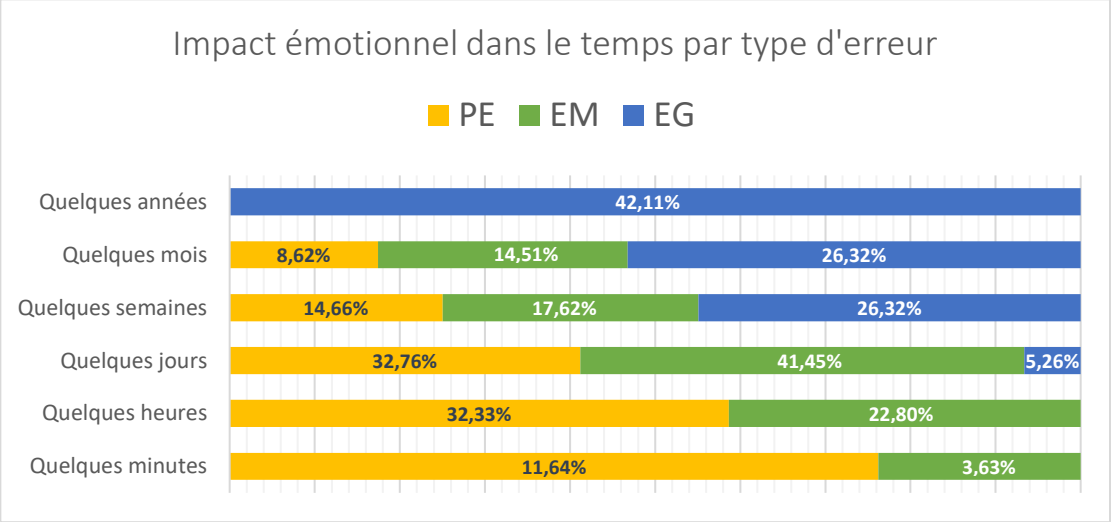
PE n = 321 ; EM n = 247 ; EG n = 19



Pour les trois types d'erreurs, une majorité d'IADE admettent être impactés émotionnellement. **100**% (19) des IADE ayant commis une erreur grave sont impactés, **78,14%** (193) en cas d'erreur mineure et **72,27%** (232) en cas de presque erreur.

Q13, Q18 ; Q22 IADE : Impact émotionnel dans le temps

PE n = 232 ; EM n = 193 ; EG n = 19



On observe que la proportion d'impact EG est supérieure à la valeur EM pour « semaine », « mois » et « année ». La proportion d'impact EM est supérieure à la valeur PE pour « jour », « semaine » et « mois ». Enfin la proportion d'impact PE est supérieure à la valeur EM pour « minutes » et « heures ».

Conclusion : l'impact de l'erreur dans le temps est corrélé à son niveau de gravité.

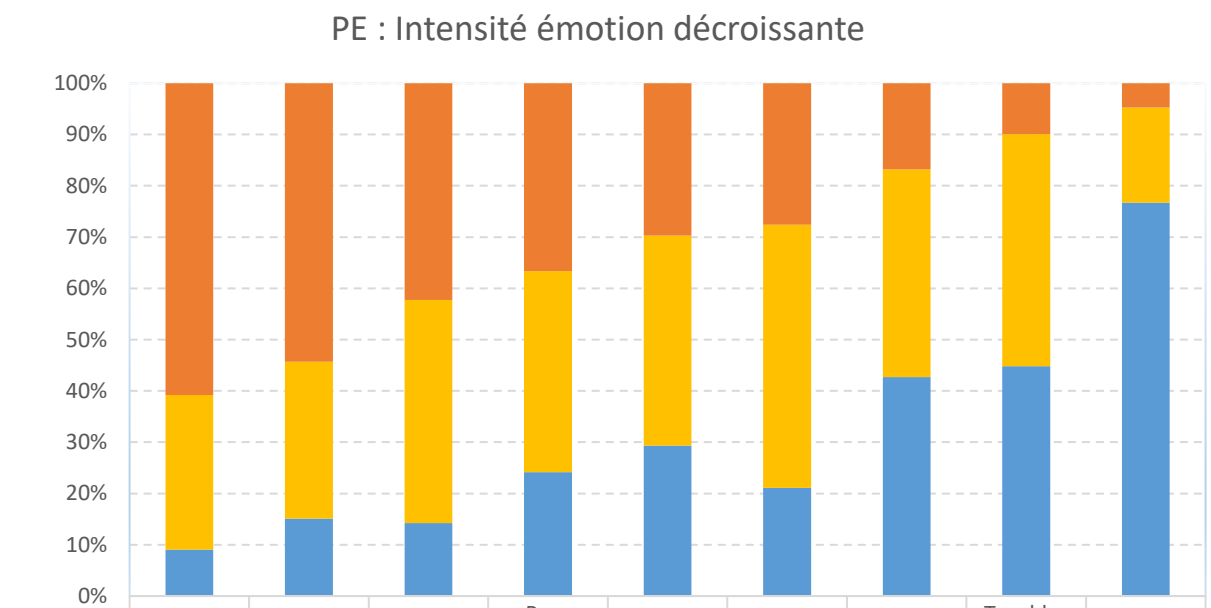
À noter que les PE (erreurs interceptées avant survenue sans conséquence pour le patient) peuvent impacter dans la durée : % jours + % semaines = **47,42%** (110) IADE estiment être touchés sur du moyen terme.

cc BY NC ND

Q12 ; Q17 ; Q21 IADE : Évaluez l'intensité des émotions ressenties

PE n = 232 ; EM n = 193 ; EG n = 19

Les émotions qui ont été soumises à évaluation font partie du tableau clinique de la seconde victime issue de (Busch et al., 2020)[26]. Nous avons retenu les huit premières, car leur taux de prévalence est > 50%. Une neuvième émotion a été incluse « la perte de confiance » (prévalence de 27%) en raison de sa citation dans 10 des 18 études que constituent cette méta-analyse de référence sur le sujet.



	Culpabilité	Colère envers moi	Embarassé	Peur erreur future	Regrets-Remords	Anxiété	Perte de confiance	Troubles de la conscience	Détresse
forte	60,78%	54,31%	42,24%	36,64%	29,74%	27,59%	16,81%	9,91%	4,74%
modérée	30,17%	30,60%	43,54%	39,22%	40,95%	51,29%	40,52%	45,26%	18,54%
faible	9,05%	15,09%	14,22%	24,14%	29,31%	21,12%	42,67%	44,83%	76,72%

En lecture de gauche à droite, les émotions ont été classées selon leur intensité ressentie de la plus forte à la plus faible. **60,78%** (141) des IADE ressentent une culpabilité forte suite à une presque erreur.

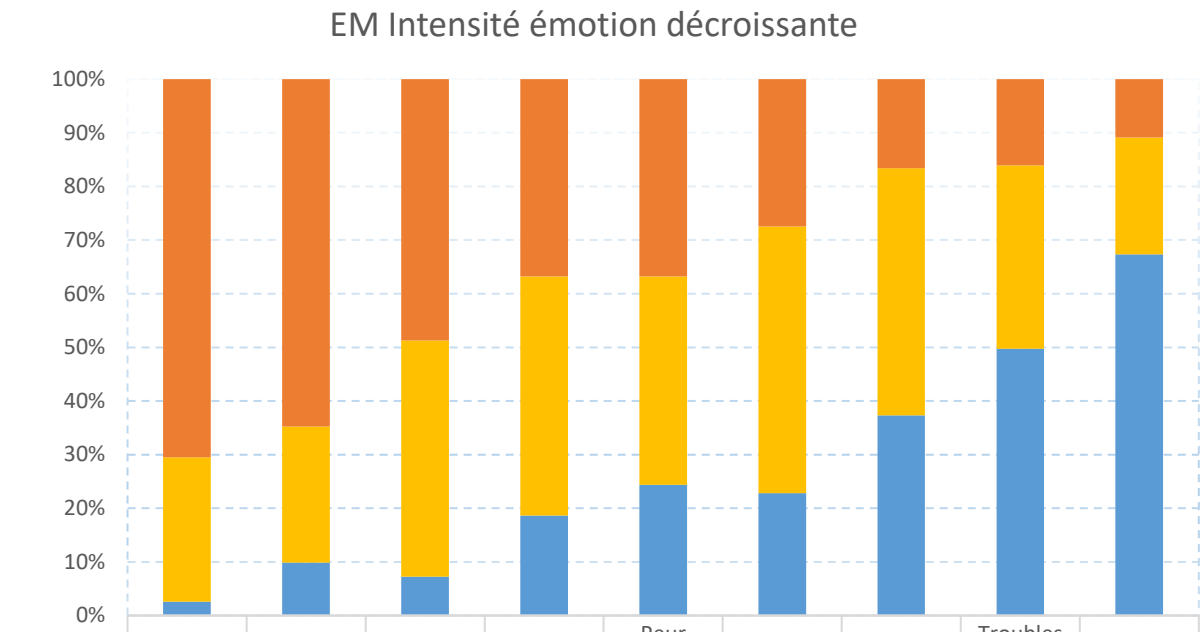
De l'autre côté du spectre, le sentiment de détresse en cas de presque-erreur est très faiblement ressenti par les IADE **76,72%** (178).

L'émotion « Anxiété » est ressentie de façon modérée chez **51,29%** (119) des IADE ayant commis une presque erreur.

Si l'on compare ce premier histogramme au tableau clinique de la SV, on observe que *prévalence* et *intensité* des émotions ne sont pas corrélées. Exemple : la culpabilité est l'émotion la plus fortement ressentie alors qu'elle se situe en 8e position en matière de prévalence **(51%)**. Ce constat sera vérifié pour tous les types d'erreurs.

[26] Cf p.22

cc BY NC ND

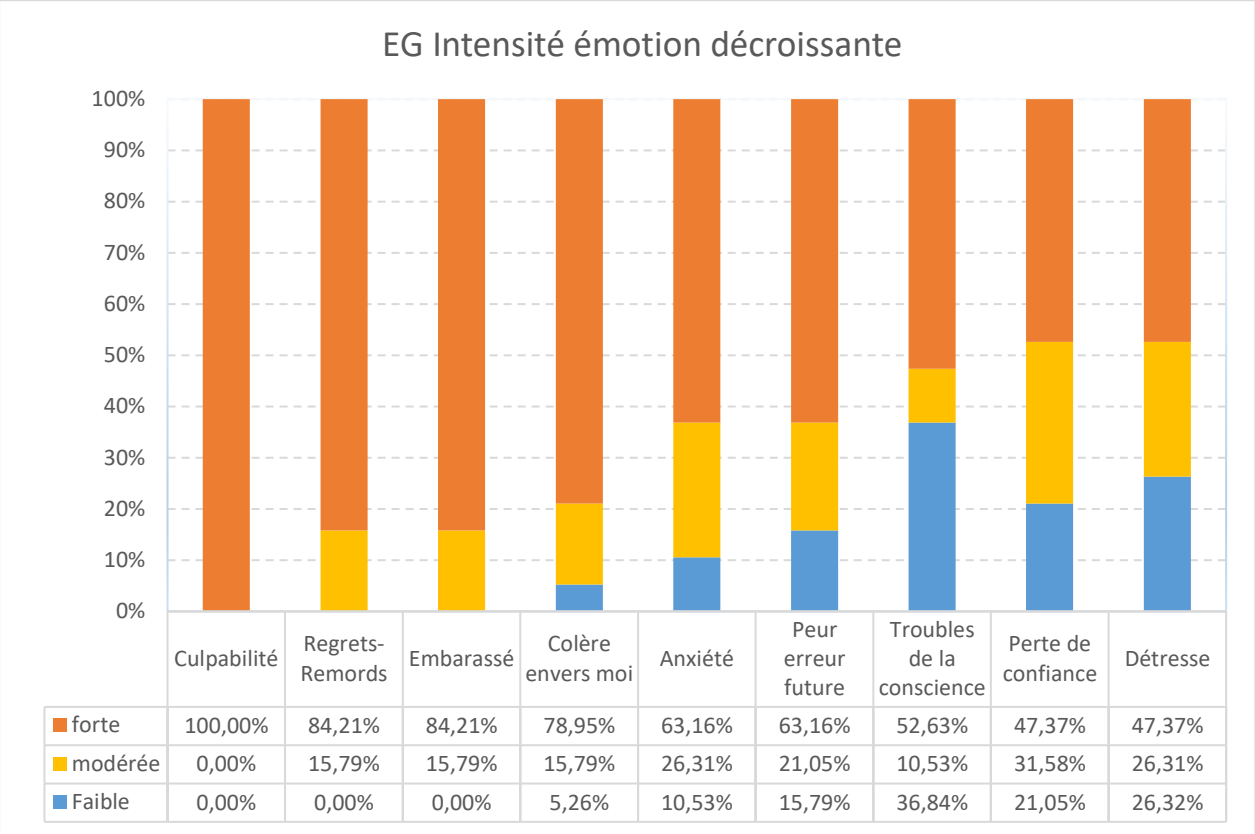


	Culpabilité	Colère envers moi	Embarassé	Regrets-Remords	Peur erreur future	Anxiété	Perte de confiance	Troubles de la conscience	Détresse
forte	70,47%	64,77%	48,71%	36,79%	36,79%	27,46%	16,58%	16,06%	10,88%
modérée	26,94%	25,39%	44,04%	44,56%	38,86%	49,74%	46,11%	34,20%	21,76%
faible	2,59%	9,84%	7,25%	18,65%	24,35%	22,80%	37,31%	49,74%	67,36%

En cas d'erreur mineure, on observe une élévation sensible de l'intensité de certaines émotions : culpabilité ; colère envers moi ; embarrassé ; regrets-remords. Et plus marquée pour d'autres : détresse et trouble de la conscience. Le classement par intensité décroissante des émotions reste inchangé.

Ce tableau montre plus clairement les variations d'intensité des émotions liées aux erreurs mineures comparativement aux presque-erreurs. On remarque que la proportion d'intensité forte ressentie par les IADE est significativement à la hausse dans une majorité des émotions.

Variation PE vers EM	**Faible**	**modérée**	**forte**
Culpabilité	-71%	- 11%	+ 16%
Colère envers moi	- 35%	- 17%	+ 19%
Embarrassé	- 49%	+ 1%	+ 15%
Regrets-Remords	- 17%	+ 9%	+ 24%
Peur future erreur	+ 1%	- 1%	+ 0%
Anxiété	+ 8%	- 3%	0%
Perte de confiance	- 13%	+ 14%	- 1%
Troubles de la conscience	+ 11%	- 24%	+ 62%
Détresse	- 12%	+ 17%	+ 130%



	Culpabilité	Regrets-Remords	Embarassé	Colère envers moi	Anxiété	Peur erreur future	Troubles de la conscience	Perte de confiance	Détresse
forte	100,00%	84,21%	84,21%	78,95%	63,16%	63,16%	52,63%	47,37%	47,37%
modérée	0,00%	15,79%	15,79%	15,79%	26,31%	21,05%	10,53%	31,58%	26,31%
Faible	0,00%	0,00%	0,00%	5,26%	10,53%	15,79%	36,84%	21,05%	26,32%

Variation EM vers EG	Faible	modérée	forte
Culpabilité	- 100%	- 100%	+ 42%
Regrets-Remords	- 100%	- 65%	+ 129%
Embarrassé	- 100%	- 64%	+ 73%
Colère envers moi	- 47%	- 38%	+ 22%
Anxiété	- 54%	- 47%	+ 130%
Peur erreur future	- 35%	- 46%	+ 72%
Troubles de la conscience	- 26%	- 69%	+ 228%
Perte de confiance	- 44%	- 43%	+ 186%
Détresse	- 61%	+ 21%	+ 335%

Même si la cohorte d'IADE ayant commis une erreur grave est faible **(19)**, il est tout de même intéressant d'étudier statistiquement l'intensité des émotions ressenties au sein de cette population. En cas d'erreur grave, l'intensité des émotions est significativement plus élevée comparativement aux émotions liées aux erreurs mineures (cf tableau de variation ci-dessus).

Ainsi, **100%** (19) des IADE ayant commis une erreur grave ressentent une forte culpabilité. Les troubles de la conscience augmentent de **228 %** et touchent **52,63%** (10) des IADE. L'émotion « regrets-remords » se place en deuxième position **(+ 129%)** dans le classement par intensité décroissante alors qu'elle se situait en 4e place en cas d'EM. **84,21%** (16) des IADE ressentent fortement des « regrets-remords » suite à une erreur grave.

EQ4 ; EQ5 ; EQ6 ; EQ7 IADE : Type d'erreur et impact sur l'IADE

IADE 1 :

- **Erreur** : Détresse respiratoire liée à une extubation sur curarisation résiduelle
- Ancienneté au moment de l'erreur : 6 mois
- Autoévaluation de la gravité de l'erreur : 9 sur 10 : « c'est une erreur grave. »
- Impact : « énorme culpabilité » « J'ai failli tuer mon patient » ; « je n'avais plus du tout confiance en moi » entraîne une baisse de performance dans les gestes techniques (intubation, pose de cathéters périphériques) pendant plusieurs semaines ; « je n'étais plus capable de travailler. »

IADE 2 :

- **Erreur** : usage d'une dilution inadaptée de sufentanil lié à un enchainement de programmes enfant/adulte
- Ancienneté au moment de l'erreur : 18 mois
- Autoévaluation de la gravité de l'erreur : 6/7 sur 10
- Impact : « beaucoup de stress » ; « remise en question importante de ma pratique »

IADE 3 :

- **Erreur** : préoxygénation en phase d'induction en air ambiant chez patient au terrain respiratoire précaire
- Ancienneté au moment de l'erreur : 10 ans
- Autoévaluation de la gravité de l'erreur : 7/8 sur 10
- Impact : « chamboulé émotionnellement » ; « stress » ; « j'arrête l'anesthésie, j'ai failli tuer un patient »

IADE 4 :

- **Erreur** : Injection d'un curare dans un cathéter artériel
- Ancienneté au moment de l'erreur: 6 ans
- Autoévaluation de la gravité de l'erreur : 8 sur 10
- Impact : « Colère contre moi » ; « remise en question »

À la lumière du cadre conceptuel, et notamment sur le thème de la redéfinition de la tâche[27], le témoignage de l'IADE 3 est très intéressant.

Il ouvre sa description de l'événement par : « Il y a vraiment eu des signaux qui se sont allumés ce jour-là et je me suis demandé si j'allais vraiment continuer ». « L'hypoxie pour moi, c'est la pire des erreurs, c'est ce qui va tuer. »

- Tâche prescrite : mise en place de la stratégie d'anesthésie
- Sous tâche : Préoxygénation du patient, objectif FEO2 > 90%

En préambule, l'IADE va énumérer tous les éléments de conditions internes et externes qui vont entrer en jeu dans la réalisation de sa tâche.

Conditions externes

- « C'était un vieux respirateur avec les débits-litres qui se tournent ».

Conditions internes

- « C'était un médecin intérimaire »
- « C'était le 5e, 6e patient de la journée » exprime un sentiment d'usure à la tâche, de lassitude.
- « On commençait un peu à fatiguer. »

L'IADE pointe un inconfort quant à l'usage d'un « vieux respirateur » avec débits-litres manuels. Il précise aussi que le MAR est un intérimaire. Ce n'est pas tant la nature "intérimaire" du MAR qui est importante, mais plutôt le fait que l'IADE intègre cet élément dans les conditions de redéfinition de sa tâche. Après, on peut s'interroger sur ce qui motive cette précision dans son récit : procédure nouvelle ou inhabituelle ? Communication difficile ? Le fait que ce soit le « 5e ou 6e patient de la journée » induit une fatigue physique et une diminution du niveau attentionnel.

À ce stade, le concept de niveaux d'activités[28] que nous avons développé en amont nous permet de produire l'hypothèse suivante :

L'IADE en question a dix ans d'ancienneté au moment des faits. Cette expérience fait qu'un grand nombre des tâches qu'il accomplit sont exécutées au niveau d'activité SB (routine). Or, les signaux (conditions), nous indiquent clairement que nous ne sommes plus en procédure de routine. Cela aurait dû déclencher le passage de l'exécution de la tâche en niveau RB (niveau basé sur les règles) où le contrôle attentionnel est supérieur. Mais ce dernier est conditionné à la prise de conscience de l'opérateur des changements environnementaux.

En l'occurrence, l'état de fatigue que décrit l'IADE est probablement responsable de ce défaut de positionnement dans l'échelle d'activité et, in fine, de la survenue de l'erreur.

[27] Cf p.8
[28] Cf p.11 Rasmussen

cc BY NC ND

IADE 1, quant à lui, va rapporter un autre phénomène plus spécifiquement lié aux jeunes diplômés. Au préalable, il explique qu'au sein de son bloc, l'évaluation de la curarisation résiduelle n'était pas systématiquement réalisée chez les patients ayant eu de la célocurine.[29]

- Tâche prescrite : Extubation du patient en salle en fin d'intervention
- Sous tâche : Analyse de la curarisation résiduelle du patient

Conditions externes :

- Hésitation sur la stratégie d'anesthésie, précisément sur la nature du curare à utiliser au regard du terrain du patient.
- Défaut de communication sur la stratégie de curarisation finalement retenue.

Conditions internes :

- « Ça faisait à peine six mois que j'étais diplômé dans un secteur un peu difficile. » IADE 1 perçoit son manque d'expérience négativement.
- « Lorsque l'on est jeune diplômé, on réfléchit beaucoup, on analyse tout et on a une grosse fatigue intellectuelle à la fin des journées. » Témoigne d'un sentiment de saturation cognitive.
- « Fin d'une troisième journée de 12 h » Exprime une fatigue physique.

Ce phénomène de fatigue psychique que ressentent les jeunes diplômés est lié à leur positionnement sur l'échelle d'activité. Contrairement à l'exemple précédent, les IADE peu expérimentés exécutent une majorité de leur tâche en niveau RB (basé sur les règles). Ce niveau d'activité est très exigeant en ressources attentionnelles (planification, analyse, évaluation) et va générer une saturation psychique propice à la survenue d'erreur.

En l'occurrence, l'IADE 1 termine un cycle de trois fois 12 heures de travail qui a sollicité un haut niveau de concentration du fait de sa jeune expérience. Sa *jauge d'attention* est en grande partie épuisée. Il admet avoir perdu des éléments capitaux dans son traitement de l'information :

« Le MAR m'a tout de suite dit *: il est curarisé ton patient*. J'ai énormément culpabilisé, car j'ai réalisé que ce n'était pas de la célocurine qu'il a utilisée, mais de l'Esmeron® ».

« J'ai d'autant plus culpabilisé, car il n'y a pas eu du tout d'erreur de traçabilité sur le dossier. C'était bien marqué Esmeron. C'est là où je me suis dit que c'était de la fatigue dans le sens où je n'avais même pas vu ce qu'il y avait d'écrit sur le dossier ».

Le défaut de *feedback* clair au sein du binôme MAR-IADE au moment de l'induction a également été décisif dans la survenue de l'erreur :

« Les deux seringues étaient prêtes, je préoxygénais. Le médecin *: ah j'hésite, célo, Esmeron®, célo Esmeron.* Finalement, il a poussé de l'Esmeron et moi dans ma tête, je suis resté sur le fait qu'il avait fait de la célocurine. »

[29] Cf p.13 Normalisation de la déviance

cc BY NC ND

IADE 4 va verbaliser aussi des éléments intéressants dans les mécanismes de survenue d'une erreur : injection d'un curare dans cathétérisme artériel.

- Tâche prescrite : Changement de type de sonde d'intubation
- Sous tâche : Approfondissement de la curarisation

Conditions externes :

- Nouveau matériel de pression artérielle « La PVC et PA ont la [hésitation] les systèmes ont changé, ils ont maintenant exactement la même forme. »

Conditions internes *:*

- « Et là, j'étais peut-être dans un état un peu hypnotique. Je n'ai pas fait gaffe à ce que je faisais et je ne me souviens pas d'avoir fait le geste. »

L'IADE à 6 ans d'expérience. On peut donc le considérer expert dans l'exécution de cette tâche. L'état « d'hypnose » qu'il relate est symptomatique d'une action qui se déroule en mode routine ; rappelons-nous l'exemple de la conduite automobile sur autoroute déserte[30].

« Je n'ai pas fait gaffe à ce que je faisais et je ne me souviens pas d'avoir fait le geste. »

Tous les éléments environnementaux semblent lui indiquer que son plan d'action se déroule dans un contexte familier :

« Les systèmes ont changé, ils ont maintenant exactement la même forme. »

La conception très similaire des « systèmes » va l'induire en erreur et empêcher la prise de conscience d'un changement d'état dans son environnement d'action. En conséquence, la tâche se poursuit en routine (au lieu de passer en niveau RB, basée sur les règles), un point de contrôle attentionnel est omis, l'erreur survient.

IADE 2 relate un type d'erreur non évaluée dans mon enquête que l'on pourrait qualifier d'erreur par *procuration.* Contexte : enchaînement de programmes pédiatrie / adulte dans la même salle d'intervention.

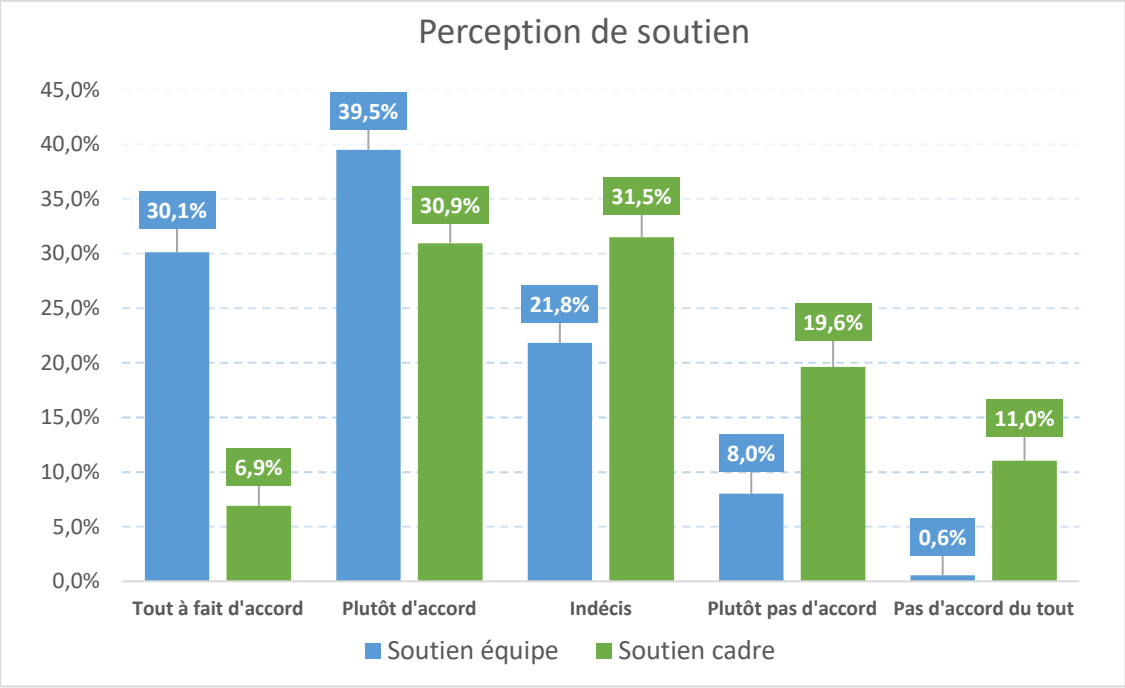
Le plateau d'induction est cédé par l'IADE précédent avec une dilution pédiatrique de Sufentanil (1 mcg/mL) baguée 5 mcg/mL. L'IADE n'est pas responsable du défaut originel d'étiquetage. Les règles de bonnes pratiques recommandent toutefois d'injecter seulement les principes actifs dont nous avons été les préparateurs. La finalité reste la même : l'IADE va subir les conséquences psychologiques de cette erreur le temps de procéder à son identification et à son traitement :

« Beaucoup de stress au départ, remise en question importante de ma pratique, de ce que j'avais fait. Du coup, repasser tout dans ma tête. Refaire le cheminement de mon arbre décisionnel, essayer d'analyser les choses. »

[30] Cf p.11

VI - 1 - e) Perception de soutien

Q23 ; Q24 IADE : Évaluation de la perception de soutien **n = 362**



La perception de soutien d'équipe a été mesurée via **Q23 IADE** : « Mon équipe me soutient et considère que je suis toujours un bon soignant malgré une erreur que j'ai pu commettre » en échelle de Likert.

La perception de soutien des cadres a été mesurée via **Q24 IADE** : « mon encadrement reconnaît que les soignants ayant commis une erreur ont besoin d'aide pour résoudre ses impacts sur leur pratique. » en échelle de Likert également.

Sur la base des items « Tout à fait d'accord » ; « Plutôt d'accord », **69,6%** (252) des IADE s'estiment soutenus par leurs pairs en cas d'erreur. La proportion tombe à **37,8%** (137) lorsqu'on leur demande d'évaluer ce même soutien du côté de leur encadrement.

L'équipe IADE est donc la première source de soutien perçu dans l'environnement professionnel. Le corps IADE bénéficie d'un fort sentiment d'appartenance. Les données sociologiques sont rares, mais cet esprit *solidaire* est l'une des facilités attendues par les étudiants IADE :

« Ce que certains qualifient de "corporatisme" ou de sentiment de rejoindre un "clan" ou une "tribu" est ainsi pensé comme précieux pour découvrir les "ficelles du métier" ». (El Haïk-Wagner, 2023).

Comment expliquer le moindre soutien perçu côté cadre ? La position hiérarchique est une première hypothèse. La gestion punitive de l'erreur en est une autre[31]. En témoignent les écarts plus marqués sur les items « Indécis » « Plutôt pas d'accord » et « Pas d'accord du tout » : **30,4%** (110) IADE contre **62,1%** (225) pour les cadres.

[31] Cf p.21 Résultats enquête « HAS culture et sécurité des soins 2010 »

cc BY NC ND

EQ8 ; EQ9 ; EQ10 ; EQ11 : Évaluation de la perception de soutien

Soutien encadrement

	Signalement erreur aux cadres	Ressources institutionnelles proposées
IADE 1	Oui*	Non
IADE 2	Oui	Non
IADE 3	Non	Non
IADE 4	Oui	Oui

*Erreur survenue en fin de journée, suivi de plusieurs jours de repos. Signalement dès son retour.

À l'exception d'IADE 3, tous font la démarche de signaler l'erreur à leur équipe d'encadrement. Cela marque leur sensibilisation accrue à la gestion des risques dans leur exercice professionnel.

En dépit de cette initiative, IADE 1 fait part de ses difficultés à obtenir un soutien rapide de la part de son encadrement :

« Lorsque je suis revenu travailler, j'ai voulu tout de suite en parler avec la cadre et là j'ai senti le poids du non-dit, c'était atroce. » ; « Personne ne m'en parlait. Moi, j'avais besoin qu'on en parle. »

Après quelques jours « difficiles » ; « j'ai fondu en larme, j'étais mal. Elle a dû réaliser l'ampleur, les conséquences chez moi. » À son initiative, IADE 1 va obtenir finalement un entretien auprès de son cadre qualifié de « bénéfique ».

IADE 2 et 4 auront l'occasion de débriefer plus rapidement :

- IADE 2 : « Débrief à chaud avec le médecin, être dans l'échange et se rassurer dans sa pratique. Et à postériori avec l'ensemble de l'équipe pour éviter de renouveler cette erreur »
- IADE 4 : « Dès le lendemain, j'ai eu une réunion avec la cheffe de bloc et la cadre de bloc pour rediscuter de la situation. Juste poser les choses. »

De plus, l'encadrement semble répondre aux recommandations HAS concernant la gestion non punitive de l'erreur :

- IADE 2 : « On en a reparlé à l'occasion d'un débriefing de situation. On a évoqué cette situation pour éviter que cela se reproduise au sein de l'équipe.»
- IADE 4 : « Elles ont été assez diplomates, dans l'écoute du problème » ; « Elles voulaient aussi savoir comment j'allais tout simplement. »

Soutien équipe anesthésie

À la question : Quelle(s) autre(s) ressource(s) avez-vous trouvées dans votre environnement professionnel pour vous aider à la suite de cette erreur ?

Tous les IADE vont souligner, à leur manière, l'importance d'un débriefing précoce de l'erreur avec leur équipe.

IADE 2, 3 et 4 vont citer le MAR et les collègues IADE comme ressources sollicitées.

- IADE 2 : « J'en ai parlé sur le coup avec l'anesthésiste et on a évacué ça tranquillement et sereinement. »
- IADE 3 : « Je suis allé chercher ses ressources auprès des collègues. » « J'ai envoyé un SMS juste en sortant du boulot. »
- IADE 4 : « J'ai parlé de ça assez facilement et librement à mes collègues (…), il n'y avait aucun jugement dans cette équipe, il y avait plutôt de la bienveillance. »

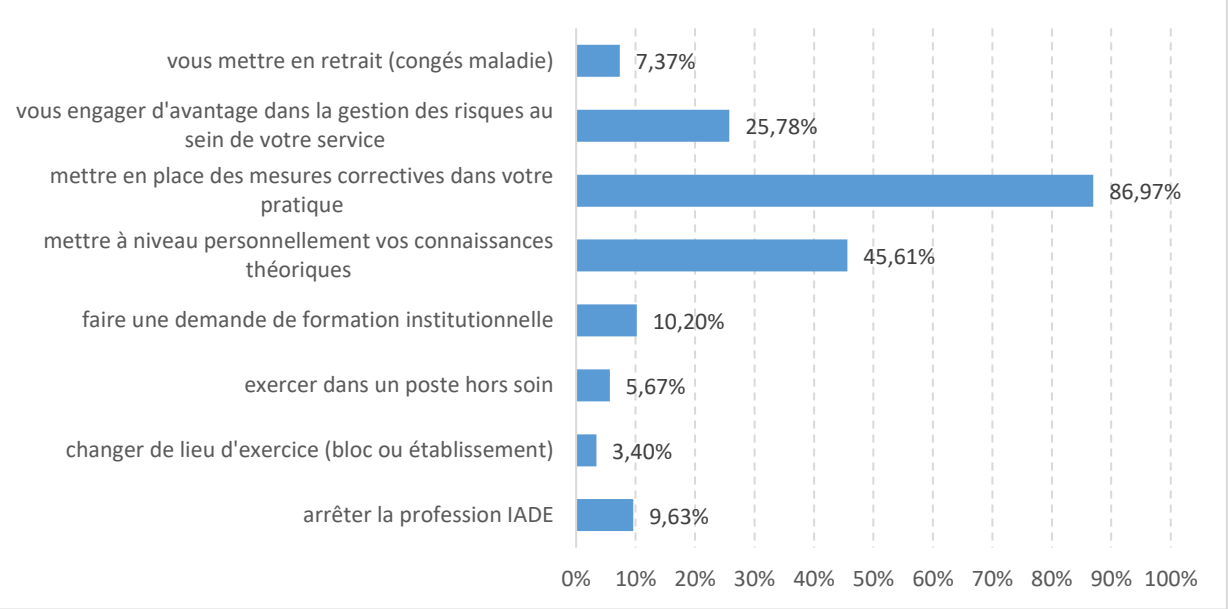
IADE 1 lui, va justement regretter l'absence d'échange avec son MAR *:* « le médecin responsable du service m'a fait comprendre qu'il était au courant sans vouloir pour autant en débriefer. »

VI - 1 - f) Résilience

Q25 IADE : Évaluation de la résilience IADE **n = 353**

L'échantillon final évalué sur cette question s'élève à **n = 353** puisque 9 IADE n'ont coché aucun des items proposés. À dessein, cette liste ne comporte pas de case « autre » afin de faciliter à terme la création de profils de résilience.

À la question Q25 IADE « Consécutivement à une erreur que vous avez commise, vous avez songé à … », les répondants sont invités à cocher parmi huit items.



cc BY NC ND

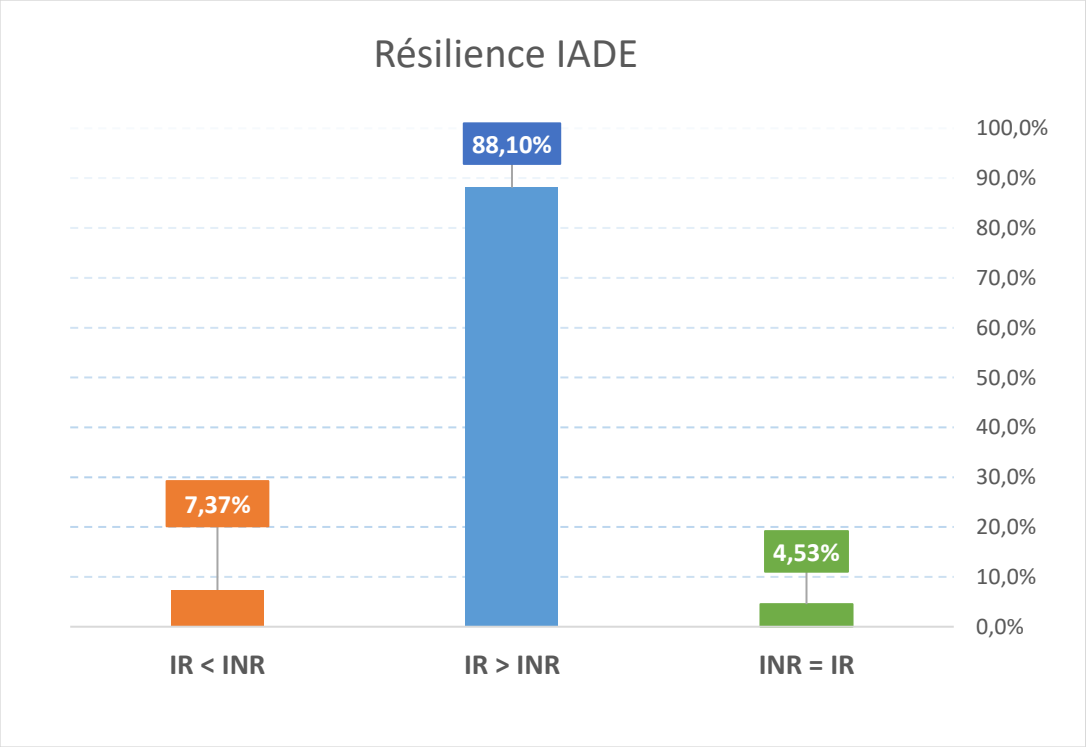
Les valeurs absolues du tableau sont affichées en total distinct. Un répondant ayant la possibilité de cocher plusieurs items, la somme des valeurs sera de facto supérieure à la valeur N de l'échantillon sondé.

Classés par ordre croissant, on observe que les items de résilience (bleus) sont majoritairement cochés par les IADE [32]

changer de lieu d'exercice (bloc ou établissement)	**12**
exercer dans un poste hors soin	**20**
vous mettre en retrait (congés maladie)	**26**
arrêter la profession IADE	**34**
faire une demande de formation institutionnelle	**36**
vous engagez davantage dans la gestion des risques au sein de votre service	**91**
mettre à niveau personnellement vos connaissances théoriques	**161**
mettre en place des mesures correctives dans votre pratique	**307**

L'analyse individuelle des réponses **(353)**, nous a permis de dresser trois profils de résilience selon les règles suivantes :

- Un IADE est considéré « résilient » s'il coche plus d'items de résilience (IR ; bleu) que d'items de non-résilience (INR ; orange)
- Un IADE est considéré « non résilient » s'il coche plus d'INR que d'IR
- Un IADE est considéré « neutre » s'il coche autant d'IR que d'INR.



[32] Méthodologie p.29

cc BY NC ND

Une très grande majorité d'IADE **88,10%** (311) présente un *profil résilient*, **7,37%** (26) d'entre eux ont un *profil non résilient* et **4,53%** (16) sont de profil *résilience neutre.*

Afin de tester H3, nous avons croisé les profils de résilience obtenus aux différentes perceptions de soutien :

- Soutien « favorable » objectivé par la réponse « Tout à fait d'accord » et « Plutôt d'accord » à Q23 ou Q24 IADE.
- Soutien « incertain-défavorable » objectivé par la réponse « Indécis » ; « Plutôt pas d'accord » ; « Pas d'accord du tout » à Q23 et Q24 IADE.

Perception Soutien équipe	**N = 110**
Indécis	
Plutôt pas d'accord	
Pas d'accord du tout	

Perception Soutien équipe	**N = 252**
Plutôt d'accord	
Tout à fait d'accord	

Perception Soutien cadre	**N = 225**
Indécis	
Plutôt pas d'accord	
Pas d'accord du tout	

Perception Soutien cadre	**N = 137**
Plutôt d'accord	
Tout à fait d'accord	

Perception soutien cadre **ET** équipe	**N = 118**
Plutôt d'accord	
Tout à fait d'accord	

Perception soutien cadre **ET** équipe	**N = 91**
Indécis	
Plutôt pas d'accord	
Pas d'accord du tout	

Ci-après :

Tableau n° 1 : Perception de soutien « *équipe* » favorable indépendamment du type de soutien perçu du côté de l'encadrement.

Tableau n° 2 : Perception de soutien de « *cadre* » favorable indépendamment du type de soutien perçu du côté de l'équipe.

Tableau n° 3 : Perception de soutien « *équipe* ***ET*** *cadre* » favorable

Tableau n° 1 : Perception de soutien « *équipe* » **favorable**

Perception Soutien équipe	**N = 110**	IR > INR	82	74,55%	Résilients
Indécis		IR < INR	17	15,45%	Non résilients
Plutôt pas d'accord		IR = INR	8	7,27%	Neutre
Pas d'accord du tout		NA	3	2,73%	
		Total	110	100,00%	

Perception Soutien équipe	**N = 252**	IR > INR	229	90,87%	Résilients
Plutôt d'accord		IR < INR	9	3,57%	Non Résilients
Tout à fait d'accord		IR = INR	8	3,17%	Neutre
		NA	6	2,38%	
		Total	252	100,00%	

Variation de la résilience selon type de soutien perçu		
Soutien équipe perçu « favorable »		
Résilient	Non résilient	Neutre
+ 21,90%	- 76,89%	- 56,35%

cc BY NC ND

Tableau n° 2 : Perception de soutien « *cadre* » favorable

Perception Soutien cadre	**N = 225**	IR > INR	184	81,78%	Résilients
Indécis		IR < INR	21	9,33%	Non résilients
Plutôt pas d'accord		IR = INR	12	5,33%	Neutre
Pas d'accord du tout		NA	8	3,56%	
		Total	225	100,00%	

Perception Soutien cadre	**N = 137**	IR > INR	127	92,70%	Résilients
Plutôt d'accord		IR < INR	5	3,65%	Non résilients
Tout à fait d'accord		IR = INR	4	2,92%	Neutre
		NA	1	0,73%	
		Total	137	100,00%	

Variation de la résilience selon type de soutien perçu		
Soutien cadre perçu « favorable »		
Résilient	Non résilient	Neutre
+ 13%	- 61%	- 45%

cc BY NC ND

Tableau n° 3 : Perception de soutien « *cadre et équipe* » **favorable**

Perception soutien cadre **ET** équipe	**N = 91**	IR > INR	66	72,53%	Résilients
Indécis		IR < INR	15	16,48%	Non résilients
Plutôt pas d'accord		IR = INR	7	7,69%	Neutre
Pas d'accord du tout		NA	3	3,30%	
		Total	91	100,00%	

Perception soutien cadre **ET** équipe	**N = 118**	IR > INR	111	94,07%	Résilients
Plutôt d'accord		IR < INR	3	2,54%	Non résilients
Tout à fait d'accord		IR = INR	3	2,54%	Neutre
		NA	1	0,85%	
		Total	118	100,00%	

Variation de la résilience selon type de soutien perçu		
Soutien cadre **ET** équipe perçu « favorable »		
Résilient	Non résilient	Neutre
+ 29,70%	- 84,58%	- 66,95%

cc BY NC ND

Les résultats semblent indiquer une corrélation entre le type de soutien perçu et l'appartenance à un profil de résilience :

Lorsque le soutien perçu est favorable côté « équipe » (tableau n° 1) ou « cadre » (tableau n° 2), la proportion d'IADE non résilient diminue. Mécaniquement la proportion d'IADE résilient augmente. La tendance est encore plus marquée en cas de perception de soutien favorable simultanée « équipe **et** cadre » tableau n° 3. **(+ 29,70% de profils résilients ; - 84,58% de profils non-résilients)**

On peut raisonnablement conclure que plus un environnement de travail est soutenant dans sa politique de gestion de l'erreur humaine, plus un IADE aura de probabilité de présenter un profil résilient**.**

EQ 12 ; EQ 13 ; EQ 14 ; EQ 15 : Évaluation de la résilience

	Doute sur votre place d'IADE	
	Court terme	Long terme
IADE 1	**Oui**	Non
IADE 2	Non	Non
IADE 3	**Oui**	Non
IADE 4	Non	Non

Des quatre entretiens, IADE 1 et IADE 3 ont été les plus impactés par leur erreur. Dans les premiers temps, ils vont douter de leur avenir professionnel dans leur fonction, chacun tiraillé à l'idée d'avoir « failli tuer » leur patient.

Les éléments déclencheurs de résilience diffèrent. Pour IADE 1, le débriefing avec le médecin de garde présent à ses côtés lors de l'erreur va marquer un tournant décisif :

« Il m'a fait tout un speech sur l'erreur et la place de l'erreur dans la profession. La place de l'erreur dans la courbe d'apprentissage d'un métier. Puis il m'a parlé de ses propres erreurs en tant que médecin et il m'a dit *: «* tu sortiras de cette erreur grandi*. »* Et là, il a trouvé des mots qui m'ont fait un bien fou. »

Il va appuyer davantage son propos :

« À partir de là, j'ai retrouvé confiance en moi et j'ai de nouveau su prendre en charge mes patients sans problème. C'est incroyable la force des mots parce qu'il a fallu cet entretien entre deux portes pour que je puisse, de nouveau, réussir mes gestes techniques. »

IADE 3 va souligner l'importance du soutien apporté par son collègue :

« Ça m'a permis de partager cette erreur avec d'autres qui ont commis des erreurs et ça soulage en fait. Ok, ça nous arrive tous, je ne suis pas en train de perdre pied. Ça fait du bien, car ça nous met tous sur un pied d'égalité et ça nous rappelle qu'on est humain. Et qu'on n'est pas du tout épargné par ça, même si on est compétent et consciencieux. »

La dernière phrase nous renvoie au TCD « fréquence erreur / expérience » [33] qui mettait en évidence une résurgence sensible d'erreurs chez les IADE expérimentés. Frédéric Dehais neuro-ergonome abonde dans ce sens : « L'expertise, il faut vraiment se méfier, ça ne protège pas de l'erreur humaine. » (Dehais & Lopes, s. d.)

Pour conclure, tous les IADE vont signifier qu'au jour de l'entretien, l'erreur n'a plus de conséquences négatives dans leur quotidien professionnel et personnel. À contrario, (et à l'unanimité), ils vont énumérer les retentissements positifs que cet événement a eus sur leur pratique :

- **Augmentation de la vigilance** :
  - IADE 3 : « Oui, ça remet le curseur de vigilance au bon endroit. Peut-être qu'il est redescendu au fil des années ».
  - IADE 4 *:* « Ça m'a fait redoubler de vigilance sur ces événements-là. »

  Le *curseur de vigilance au bon endroit* explicité par IADE 3 est un auto-rappel à bien conscientiser les situations d'exécution des tâches. Il faut savoir capter les signaux forts (alarmes de scopes, consignes orales etc.) mais aussi développer notre capacité à percevoir et interpréter les signaux faibles (Brizon & Auboyer, 2010) révélateurs d'un sentiment de menace lors d'une prise en charge.

- **Affirmation du positionnement professionnel** :
  - IADE 2 « Cela me force à m'imposer professionnellement auprès de collègues, non pas les IADE, mais IBODE et chirurgien sur mon déroulé, mon processus de réflexion, sur mon installation ».

  L'interprofessionnalité dans un contexte de pression temporelle peut amener à une conflictualité entre les impératifs anesthésiques et chirurgicaux. Expliquer le sens de nos actions à nos collègues AS, IBODE et chirurgien est un moyen de réaffirmer notre rôle dans la sécurisation du patient.

- **Sensibilisation des collègues IADE sur la thématique de l'erreur** :
  - IADE 1 : « C'est vraiment la façon de permettre à tes collègues d'éviter de les faire, et puis nous même de prendre conscience de la potentielle gravité de nos actes. »
  - IADE 2 : « On n'a fait une erreur, on va essayer de rectifier le tir et d'améliorer la pratique suivante pour éviter que cela arrive à quelqu'un d'autre de toute façon. »
  - IADE 4 : « Le but, c'était que mes collègues ne refassent pas la même chose, de partager l'information. »

  Sous réserve que l'erreur ne soit pas un sujet tabou dans l'environnement de travail et conjointement à la déclaration d'événement indésirable, le partage d'expérience entre collègues va participer à la création d'une culture sécurité bénéfique aux professionnels comme aux patients.

[33] Cf p.46

cc BY NC ND

VII Éléments de discussion

VII - 1 Limites

Durant l'élaboration de ce mémoire, des limites sont apparues qu'il convient de citer :

1re limite

Une observation pertinente d'un répondant a mis en lumière que le caractère *obligatoire* de la question 25 de l'outil quantitatif IADE (huit items à cocher : résilience et non résilience)[34] pouvait contraindre à un choix par défaut pour finaliser le questionnaire.

Afin de vérifier cette hypothèse, j'ai rendu *non obligatoire* Q25 IADE à partir du 196e répondant. Ensuite, j'ai calculé le taux d'engagement, à savoir la proportion d'IADE ayant coché au moins une case à cette question jusqu'à la clôture de l'outil quantitatif :

Calcul Taux d'engagement à Q25 IADE	**95,08%**
Répondants supplémentaires à Q25 IADE	n = 183
Au moins 1 item coché	n = 174
Aucun item coché	n = 9

Sur n = 183 répondants supplémentaires, le taux d'engagement des IADE à cocher spontanément au moins un item est de 95,08%. On peut donc considérer que ce biais ne remet pas en cause fondamentalement les résultats d'analyse de la base de données.

2e limite

Le SVEST-R (Second Victim Experience and Support Tool-Revised) est un outil validé en anglais. Il n'existe pas de validation en langue française. Afin de créer mon outil quantitatif, j'ai dû procéder à des traductions (Q24 IADE : soutien cadre) et adaptation (Q25 IADE : création des items de résilience) qui ont pu laisser place à une part de subjectivité.

3e limite

La cohorte IADE *non résilient* est faible dans l'échantillon étudié, ce qui constitue un biais de représentativité.

4e limite

Enfin, je ne peux garantir que mon outil quantitatif ait été rempli exclusivement par des IADE, malgré les précautions de diffusion sur les canaux experts. Le risque de biais de sélection est non nul.

[34] Cf p.29 Méthodologie

cc BY NC ND

VII - 2 Synthèse des résultats

La question de recherche était la suivante : en quoi la reconnaissance du statut de seconde victime impacte-t-elle la résilience de l'IADE face à l'erreur ?

À la lumière des résultats, vérifions les hypothèses :

- **H1** : **Le concept de seconde victime est méconnu des IADE et des équipes d'encadrement.**

  Les résultats ont attesté la méconnaissance de la notion de seconde victime au sein de la population IADE étudiée. Il en est de même pour l'échantillon cadre de notre enquête. H1 est validée.

- **H2** : **Les IADE sont des professionnels résilients face à l'erreur**.

  Les profils résilients, tels que notre méthodologie les a définis, sont largement majoritaires dans la population IADE étudiée. H2 est validée.

- **H3** : **La perception de soutien dans l'environnement professionnel est un facteur déterminant de la résilience IADE post-erreur**.

  Une analyse croisée montre une corrélation entre le type de soutien perçu et l'appartenance à un certain profil de résilience. Toutefois, la sous-représentation du profil « non résilient » IADE doit être vu comme une limite dans l'analyse quantitative. On peut donc conclure que H3 est partiellement validée.

VII - 3 Projection professionnelle

VII - 3 - a) Seconde victime, un levier pour la culture sécurité

La méconnaissance de cette notion est probablement due à un défaut d'apport théorique. Le concept étant relativement récent dans le domaine de recherche *Patient Safety*, son absence dans la plupart des programmes de formation initiale et spécialisée n'est pas surprenante. Pourtant, les équipes d'encadrement sensibilisées à cette thématique attestent largement de son utilité dans l'accompagnement des secondes victimes au sein de leur unité [35]. Pour appuyer l'intérêt de cet accompagnement, citons une étude multicentrique (Scott, 2015) dont l'objectif principal a été d'évaluer des critères de culture sécurité après l'instauration d'un programme de support à l'égard des secondes victimes (n = 1040).

Trois cohortes ont été comparées :

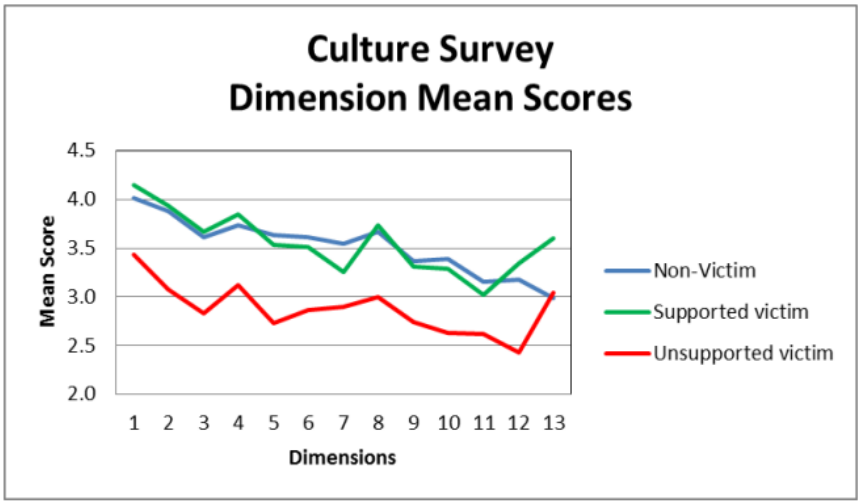
- Groupe test (non-victim)
- Seconde victime bénéficiant d'un support de soutien (supported victim)
- Seconde victime sans support de soutien (unsupported victim)

[35] Cf p.41 Résultats Q6 Cadre

cc BY NC ND

Sur la base du questionnaire HSOPSC[36], treize items de culture sécurité ont été évalués à quatre reprises sur une période de six années (2007, 2009, 2012, 2013).

Questionnaire Hospital Survey on Patient Safety culture	
Item 1	Travail au sein de l'équipe dans le service
Item 2	Attentes / actions supérieures hiérarchiques concernant la sécurité des soins
Item 3	Soutien du management pour la sécurité des soins
Item 4	Organisation apprenante et amélioration continue
Item 5	Perception globale de la sécurité
Item 6	Retour sur la communication des erreurs
Item 7	Fréquence de signalement des EI
Item 8	Liberté d'expression
Item 9	Travail équipe entre les services de l'établissement
Item 10	Ressources humaines
Item 11	Continuité des soins
Item 12	Réponse non punitive à l'erreur
Item 13	Donner à votre service une note globale sur la sécurité des patients



Le graphique ci-dessus est issu de la dernière évaluation datant de 2013. On observe que la courbe des secondes victimes ayant bénéficié d'un support de soutien est quasi symétrique à celle du groupe test. À contrario, la courbe des secondes victimes sans support de soutien accuse un net décrochage sur la totalité des items de culture sécurité par rapport au groupe seconde victime soutenue.

L'étude conclut: « Il semble que les secondes victimes prises en charge contribuent à augmenter la note globale de sécurité des patients dans les unités qui ont des niveaux plus élevés de soutien perçu. À l'inverse, les secondes victimes non prises en charge peuvent réduire considérablement les scores globaux de sécurité des patients »

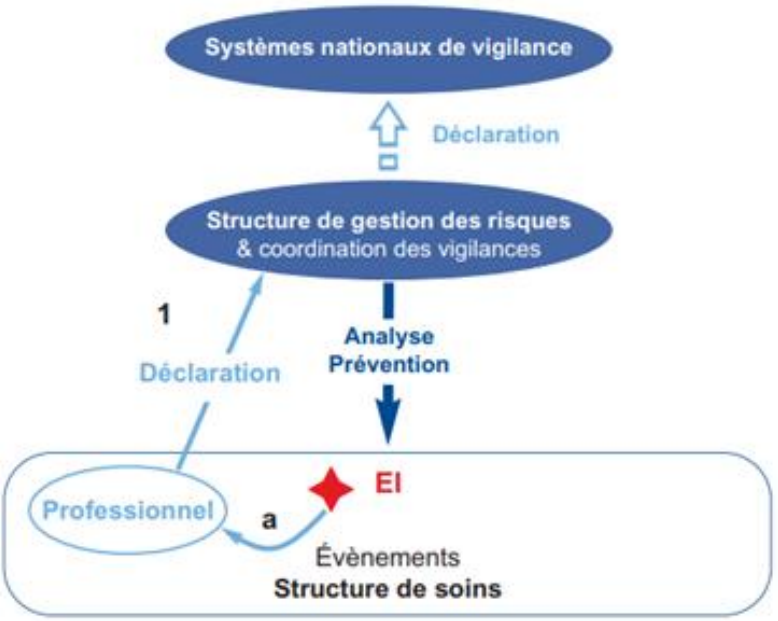
Sur le plan institutionnel, le SSV revêt donc deux dimensions : il est à la fois un enjeu de santé au travail du fait de l'impact sur les soignants, mais il devrait également trouver une place dans les politiques de gestion des risques des établissements de santé.

[36] Version française en annexe B ; l'ordre des items diffère de celui de l'étude citée.

VII - 3 - b) RMM et reconnaissance des secondes victimes

« Une revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient, qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. » (*HAS Guide RMM*, 2009)

Le point de départ de la procédure est conditionné à la déclaration des événements indésirables[37] à la cellule de gestion des risques de leur établissement.



Circuit d'un évènement indésirable (EI) perçu par un professionnel

(*HAS Guide RMM*, 2009)

En temporalité, une RMM ne doit se tenir ni trop proche de l'événement, ni trop tard. Un recul est nécessaire pour collecter les éléments utiles à l'analyse, sans être excessif pour éviter la perte d'informations.

« Cette démarche de retour d'expérience (aussi qualifiée d'apprentissage par l'erreur), nécessairement collective, réunit tous les professionnels concernés par l'événement ou sa prise en charge, avec le soutien méthodologique adéquat, dans un climat de bienveillance indispensable ».(*HAS Guide RMM EIAS & EPR*, 2022). La notion de *bienveillance* s'inscrit dans le principe de gestion non punitive de l'erreur préconisée par l'HAS.

À la lecture de la méthodologie RMM, j'ai constaté qu'aucune étude d'impact de l'événement sur l'équipe soignante impliquée n'était réalisée. La notion de seconde victime est absente. La raison probable de cette absence est que la création de la version initiale du guide RMM était contemporaine à la première définition « seconde victime » dans la littérature scientifique. (Scott et al., 2009).

[37] Compétence 4 du référentiel IADE

cc BY NC ND

Des publications HAS plus récentes sur la thématique EIGS ont été enrichies de ce nouveau concept : « L'impact est essentiellement psychologique : stress post-évènement, choc émotionnel, professionnels en difficulté. L'événement affecte le professionnel immédiatement impliqué dans l'événement, mais également il est décrit des impacts sur le fonctionnement de l'équipe de soins »(*HAS Rapport EIGS*, 2018)

	Occurrence de l'expression "seconde victime"				
HAS Retour d'expérience sur les EIGS	2017	2018	2019	2020	2021
	2	2	2	1	0

Proposition :

Un axe d'amélioration serait la prise en compte des secondes victimes dans la méthodologie d'une RMM. Cette reconnaissance permettrait à l'institution de proposer une aide ajustée si le dépistage et le soutien n'ont pas été apportés (ou de manière insuffisante) en phase précoce de l'événement indésirable.

VII - 3 - c) Binôme MAR-IADE : briefing et débriefing

Lors des entretiens, le mot « débriefing » est cité à plusieurs reprises par les IADE et s'inscrit comme une nécessité dans le traitement de l'erreur, mais aussi dans le processus de reconstruction professionnelle. Le briefing – débriefing fait partie des compétences non techniques promues par le programme Pacte phase 2 visant à réduire les EIS. Sur la base des définitions de l'HAS, quelques pistes peuvent être proposées :

Le briefing est « une séance de partage d'informations courtes avant l'action permettant l'anticipation des situations à risques. Au cours du briefing, les questions liées aux personnels, aux équipements, aux flux des patients, à l'ambiance et aux situations à risques potentiels ou avérés, liées aux patients sont partagées entre les membres d'une même équipe. »

À l'instar du *Time out* chirurgie-anesthésie de la check-list HAS, un temps de briefing MAR-IADE permettrait de faire un rapide état des lieux des conditions externes et internes[38] potentiellement impactantes sur nos actions à venir. Son format serait très bref et pourrait se réaliser de manière concomitante à la discussion de la stratégie d'anesthésie.

Le débriefing : « les professionnels partagent leur point de vue sur une situation passée, afin de mettre en avant les aspects positifs et les dysfonctionnements éventuels. Ils partagent leur connaissance et savoir-faire et en tirent des enseignements. »

La prise en charge de la seconde victime ayant été décrite dans mon analyse conceptuelle, je vais plus spécifiquement aborder le débriefing MAR-IADE dans le contexte initial d'une erreur.

[38] Cf p.8 Leplat

cc BY NC ND

- Débriefing immédiat : Au moment de la survenue de l'erreur, il permet le partage d'information MAR-IADE afin d'assurer la mise en sécurité du patient dans les plus brefs délais.

- Débriefing à court terme :

  Ce binôme étant le cœur de l'exercice professionnel IADE, il semble pertinent d'engager rapidement un dialogue constructif entre les deux parties prenantes. Refaire le fil des événements en restant bien conscient que l'erreur n'est jamais intentionnelle, qu'elle n'est pas synonyme d'incompétence. Lors d'un entretien informel, un IADE m'avait confié au sujet du binôme MAR-IADE : « la confiance mutuelle met du temps à s'installer, la perdre en un instant, c'est ce qu'il y a de pire. » L'objectif de ce débriefing est donc de rétablir une confiance opérationnelle, base de la sécurité en anesthésie, en attendant l'analyse systémique de l'erreur à postériori.

  - IADE 2 : « J'en ai parlé sur le coup avec l'anesthésiste et on a évacué ça tranquillement et sereinement. »
  - IADE 1 : « C'est incroyable la force des mots parce qu'il a fallu cet entretien (avec le MAR, n.d.l.r) entre deux portes pour que je puisse, de nouveau, réussir mes gestes techniques. »

VII - 3 - d) Les facteurs humains : un engagement IADE

L'élaboration de ce mémoire m'a permis de découvrir l'univers foisonnant des facteurs humains. Concept bien installé dans l'aviation civile depuis les années 80, il est encore émergeant en anesthésie. La SFAR, en collaboration avec l'association Facteurs Humains en Santé (FHS), éditait ses premières recommandations sur cette thématique en septembre 2022 (Bijok et al., 2022). C'était hier.

« L'étude des facteurs humains porte sur les relations entre les individus et les systèmes avec lesquels ils interagissent et se concentrent sur l'amélioration de l'efficacité, de la productivité, de la créativité et de la satisfaction au travail en vue de minimiser les erreurs. » (*Guide OMS Facteurs Humains*, 2012).

Les facteurs humains se situent donc au carrefour des sciences sociales, de l'ergonomie, de l'ingénierie et de la qualité de vie au travail (QVT). On y parle de conscience de situation, de normalisation de la déviance, de l'intérêt de diminuer le gradient d'autorité, de surdité inattentionnelle, de communication trois temps, de crew ressources management, etc. Je ne pourrais en faire la liste exhaustive ; le tout sous la variable de biais cognitifs qui se comptent par centaines.

Proposition :

Il y a tout intérêt à s'emparer de ce savoir, d'une part parce qu'il a fait ses preuves dans d'autres systèmes sociotechniques et d'autre part, parce qu'il y a une marge de progression importante dans notre spécialité. Certes, tout n'est pas transposable d'un domaine d'activité à un autre, mais c'est une immense source d'inspiration. Diffuser ces connaissances au sein d'une équipe, échanger les points de vue, débattre est très stimulant professionnellement et maintient une veille critique sur nos procédures de routine comme celles plus à risques.

VIII Conclusion

Mon travail de fin d'études m'a permis de redéfinir ma représentation de l'erreur dans le soin et plus particulièrement dans le cadre de ma future fonction d'infirmier anesthésiste. À l'échelle d'une carrière, je la sais désormais inévitable, car inhérente à toute activité de production. J'ai également découvert qu'une forme de tabou autour de l'erreur persistait dans notre corps de métier. Mais notre spécialité ne serait-elle pas à la croisée des chemins ?

Deux éléments majeurs pourraient marquer un changement de paradigme sur le sujet :

D'abord, l'avènement des facteurs humains en anesthésie : parler ouvertement *de facteurs humains*, c'est reconnaître notre faillibilité et la prendre en considération dans nos organisations de soins.

D'autre part, la place croissante de la simulation dans les formations soignantes pourrait également être un vecteur d'une certaine idée de *valorisation de l'erreur*. Désormais, on l'appréhende, on l'analyse dans un cadre de bonnes pratiques qui fait maintenant assez largement consensus.

Enfin pour couvrir le thème de la gestion des risques dans son ensemble, il faudra aborder les problématiques liées aux secondes victimes au sein des établissements de santé, mais également dans les centres de formation soignants et cadres. Car nous le savons maintenant, quoi que l'on fasse, *l'erreur* sera toujours présente avec son corollaire de professionnels impactés. Reconnaître leur existence, comprendre leur besoin, leur apporter une aide adaptée est la voie vers un système de soins plus résilient et plus sécuritaire pour les patients.

Aux prémices de ce travail, j'ai lu une citation du Dr Donald Berwick qui, à la conclusion de mon mémoire, prend maintenant tout son sens :

« Les soignants qui sombrent dans l'erreur et ses souffrances, et presque tous y seront confrontés un jour, sont profondément touchés. Si nous sommes réellement des soignants, nous avons le devoir de prendre soin d'eux. Cela fait partie de notre travail. Il n'y a pas d'alternative, c'est une question d'éthique » (Denham, 2007)

IX Bibliographie

Arzalier-Daret, S., Lieutaud, T., Pease, S., Copotoiu, R., Bonnet, F., Torrielli, R., Goumard, D., Schoeffler, P., Brulé, R., Perucho, P., Levy, M., Arnaud, C.-M., Podyma, E., Serrat, J.-M., Mertes, P.-M., & Doppia, M.-A. (2016). Soignant « seconde victime » : Comment accompagner un professionnel à la suite d'un accident ou d'une erreur en anesthésie-réanimation ? *Anesthésie & Réanimation*, *2*(5), 285-291. https://doi.org/10.1016/j.anrea.2016.08.007

Bijok, B., Pasquier, P., Picard, J., Jaulin, F., & Fuzier, R. (2022). *RPP FHS en situation critique*. https://sfar.org/download/facteurs-humains-en-situations-critiques/?wpdmdl=37888&refresh=64294dd0862751680428496

Brizon, A., & Auboyer, A. (2010). L'acceptabilite des signaux faibles detectes par le recepteur humain : Facteur essentiel de la sécurité des systèmes. *Revue internationale de psychosociologie*, *Vol. XV*(36), 111-130. https://doi.org/10.3917/rips.036.0111

Burlison, J. D., Scott, S. D., Browne, E. K., Thompson, S. G., & Hoffman, J. M. (2017). The Second Victim Experience and Support Tool : Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources. *Journal of Patient Safety*, *13*(2), 93-102. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000129

Busch, I. M., Moretti, F., Purgato, M., Barbui, C., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2020). Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Patient Safety*, *16*(2), e61-e74. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000589

da Silva Rodrigues, J. V., Guimarães Pereira, J. E., & Passarelli, L. A. (2021). Risk of mortality and suicide associated with substance use disorder among healthcare professionals : A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Eur J Anaesthesiol*. https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001447

Dehais, F., & Lopes, T. (s. d.). *FHS Podcast* (#8).

Dekker, S. W. A. (2015). *Safety Differently : Human Factors for a New Era* (2nd éd.). CRC Press.

Denham, C. R. (2007). TRUST : The 5 Rights of the Second Victim. *Journal of Patient Safety*, *3*(2), 107-119. https://doi.org/10.1097/01.jps.0000236917.02321.fd

El Haïk-Wagner, N. (2023). La vision des élèves sur leur entrée dans le métier. *Soins Cadres*, *32*(141), 47-53. https://doi.org/10.1016/j.scad.2023.01.013

Goutaudier, N., Clarys, D., Tudorache, A.-C., & Boudoukha, A. H. (2020). La croissance posttraumatique : Quand le traumatisme devient bénéfique. *La Presse Médicale Formation*, *1*(2), 151-156. https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2020.05.006

Guide OMS Facteurs Humains. (2012). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/resume_module_2.pdf

HAS Certification. (2021). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/manuel_certification_es_qualite_soins.pdf

HAS comprendre et agir. (2019). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/spa_123_guide_culture_securite_cd_2019_05_29_v1.pdf

HAS Culture et sécurité des soins. (2010). https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-02/culture_de_securite_des_soins__du_concept_a_la_pratique.pdf

HAS Guide RMM. (2009). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/guide_rmm_juin_09.pdf

HAS Guide RMM EIAS & EPR. (2022). https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3381505

HAS Rapport EIGS. (2018). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/rapport_annuel_eigs_2018_vd-avecinfo.pdf

HAS Rapport EIGS. (2019). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/2020-12-10-rapport-annuel-eigs_vd.pdf

HAS Rapport EIGS. (2020). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-12/pdf_retour_experience_national.pdf

Haynes, B., & Thomas, G. (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The new england journal of medicine*. https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119

Jancovici, J. marc, & Blain, C. (2021). *Le monde sans fin, miracle énergétique et dérive climatique*. Éditions Dargaud.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (1999). *To Err is Human : Building a Safer Health System*. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America.

Leontiev, A. (1976). *Le développement du psychisme*. Editions sociales.

Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie.* Octarès.

Leplat, J. (2016a). De la tâche prescrite à la tâche réalisée. In *Mélanges ergonomiques : Activité, compétence, erreur* (2nd éd., p. 23). Octarès Editions.

Leplat, J. (2016b). De la tâche redéfinie à la tâche effective. In *Mélanges ergonomiques : Activité, compétence, erreur* (2nd éd., p. 27). Octarès Editions.

Leplat, J. (2016c). Sur la définition de l'erreur. In *Mélanges ergonomiques : Activité, compétence, erreur* (2nd éd., p. 109). Octarès Editions.

Leplat, J. (2016d). Une compétence élevée comme source d'erreur. In *Mélanges ergonomique : Activité, compétence, erreur* (2nd éd., p. 123). Octarès Editions.

Leplat, J., & Hoc, J. M. (1983). *Cahier de psychologie cognitive*.

Maurice, G. de S., Ausset, S., Auroy, Y., Lenoir, B., & Amalberti, R. (2010). Connecteurs et détrompeurs. *MAPAR*.

Maurice, G. de S., & Péraldi, C. (2013). Prise en charge psychologique d'un accident grave ou d'un décès au bloc opératoire. *Congrès SFAR*.

McLennan, S. R., Engel-Glatter, S., Meyer, A. H., Schwappach, D. L. B., Scheidegger, D. H., & Elger, B. S. (2015). The impact of medical errors on Swiss anaesthesiologists : A cross-sectional survey. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, *59*(8), 990-998. https://doi.org/10.1111/aas.12517

Michel, P., Quenon, J.-L., & Daucourt, V. (2022). *Incidence des événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé (ENEIS 3) : Quelle évolution dix ans après ? / Évolution in incidence of adverse events in french health care over ten years of the eneis 3 survey*.

Naudin, D., & Joyeux, S. (2022). *Syndrome de la « seconde victime » : Quand les erreurs de soins impactent les soignants*. The Conversation. http://theconversation.com/syndrome-de-la-seconde-victime-quand-les-erreurs-de-soins-impactent-les-soignants-189607

Noulin, M. (1992). Le travail prescrit ou la tâche. In *Ergonomie* (1ère, p. 32). Techniplus.

Ossetroff, L., Gallard, I., & Arzalier-Daret, S. (2015). Seconde victime : Étude de l'impact sur le professionnel d'un évènement indésirable grave en anesthésie. *Anesthésie & Réanimation*, *1*, A320-A321. https://doi.org/10.1016/j.anrea.2015.07.479

Pichon-Rivière, E. (1977). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social* (Nueva Vision).

Piriou, V., Theissen, A., Arzalier-Daret, S., Marcel, M., Trouiller, P., Parat, S., Stamm, C., & Collomp, R. (2017). SFAR Prévention des erreurs médicamenteuses en anesthésie. *Anesthésie & Réanimation*, *3*(1), 108-114. https://doi.org/10.1016/j.anrea.2016.12.005

Pope, C., & Mays, N. (1995). Reaching the parts other methods cannot reach : An introduction to qualitative methods in health and health services research. *BJM*, 43. https://doi.org/10.1136/bmj.311.6996.42

Rapport experts médicaux Poitiers. (1985, juin 13). *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/archives/article/1985/06/13/le-rapport-des-experts-medicaux-sur-l-affaire-de-l-hopital-de-poitiers-nicole-berneron-est-morte-apres-une-insufflation-massive-de-protoxyde-d-azote-due-a-un-sabotage-du-respirateu_3048874_1819218.html

Rasmussen, J. (1983). *Skills, rules, Knowledge : Signals, signs, and symbol and other distinctions in human performance models*.

Reason, J. (1990). *Human Error* (1st éd.). Cambridge University Press.

Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents* (first). Ashgate.

Reason, J. (2000). Human error : Models and management. *BJM*. https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768

Reason, J. (2013). *L'erreur humaine*. Presse de Mines.

Schwappach, D. L. B. (2008). The emotional impact of medical error involvement on physicians : A call for leadership and organisational accountability. *Swiss Medical Weekly*, 7. https://doi.org/10.4414/smw.2009.12417

Scott, S. D. (2015). Second victim support : Implications for patient safety attitudes and perceptions. *Patient Safety & Quality Healthcare*. https://www.psqh.com/analysis/second-victim-support-implications-for-patient-safety-attitudes-and-perceptions/

Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider « second victim » after adverse patient events. *Quality and Safety in Health Care*, *18*(5), 325-330. https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870

Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M., Phillips, E. C., & Hall, L. W. (2010). Caring for Our Own : Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *36*(5), 233-240. https://doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36038-7

Stelfox, H. T., Palmisani, S., & Scurlock, C. (2006). The « To Err is Human » report and the patient safety literature. *BMJ Quality and Safety*. https://doi.org/10.1136/qshc.2006.017947

Valentin, A., Schiffinger, M., Steyrer, J., Huber, C., & Strunk, G. (2013). Safety climate reduces medication and dislodgement errors in routine intensive care practice. *Intensive Care Medicine*, *39*(3), 391-398. https://doi.org/10.1007/s00134-012-2764-0

Vanhaecht, K., Seys, D., Schouten, L., Bruyneel, L., Coeckelberghs, E., Panella, M., & Zeeman, G. (2019). Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm : A cross-sectional study in the Netherlands. *BMJ Open*, *9*(7), e029923. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029923

Vaughan, D. (1996). *The Challenger Launch Decision. Risky technology, culture, and deviance at NASA*. The University of Chicago Press.

Vincent, C., Taylor-Adams, S., & Chapman, E. J. (2000). Comment enquêter sur des incidents cliniques et les analyser : Protocole de l'unité des risques cliniques et de l'association de la gestion du contentieux et des risques. *Annales Française d'anesthésie Réanimation*. https://doi.org/10.1016/s0750-7658(02)00671-8

Waterman, A. D., Garbutt, J., Hazel, E., Dunagan, W. C., Levinson, W., Fraser, V. J., & Gallagher, T. H. (2007). The Emotional Impact of Medical Errors on Practicing Physicians in the United States and Canada. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *33*(8), 467-476. https://doi.org/10.1016/S1553-7250(07)33050-X

Webster, C. S., Merry, A. F., Larsson, L., McGrath, K. A., & Weller, J. (2001). The Frequency and Nature of Drug Administration Error during Anaesthesia. *Anaesthesia and Intensive Care*, *29*(5), 494-500. https://doi.org/10.1177/0310057X0102900508

Wu, A. W. (2000). *Accreditation's role in reducing medical errors*. 2.

Zhang, Y., Dong, Y. J., & Webster, C. S. (2012). The frequency and nature of drug administration error during anaesthesia in a Chinese hospital. *The Acta Anaesthesiologica Scandinavica Foundation*. https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2012.02762.x

X Sommaire des annexes

A. Arbre de décision pour une culture juste

B. Questionnaire HSOPSC, traduction française

C. Questionnaire SVEST-R validé (anglais)

D. Outil : « Premiers secours émotionnels aux secondes victimes »

E. Outil : « débriefing immédiat de la situation »

F. Transcription des entretiens

G. Outil quantitatif IADE

H. Outil quantitatif Cadre

I. Grille d'entretien

Annexe A

PAQS ASBL

Arbre de décision pour une culture juste

Cet outil a pour objectif de garantir des décisions justes, cohérentes et constructives vis-à-vis d'un professionnel dont la responsabilité pourrait être impliquée dans un évènement ayant mis en cause la sécurité des patients/personnes.

Avertissement : la plupart des évènements indésirables associés aux soins ont des causes profondes systémiques qui nécessitent des actions organisationnelles. **Cet outil ne doit donc pas être utilisé en première intention**, mais seulement si l'analyse approfondie de l'évènement indésirable suggère qu'une décision vis-à-vis du(des) professionnel(s) impliqué(s) pourrait améliorer la sécurité des patients.

Cet outil est destiné à guider la réflexion d'un groupe pluri-professionnel et pluridisciplinaire (voir « conseils d'utilisation »). Il décrit les principes importants qui doivent être pris en compte avant de prendre une décision concernant un membre du personnel impliqué dans un évènement indésirable associé aux soins.

L'un des principes clés d'une **culture juste** est la transparence. Il est nécessaire que les dirigeants et les managers de proximité soient capables d'expliquer l'approche qui sera adoptée en cas d'incident. Cet **outil de culture** juste peut être utilisé afin d'expliquer comment sera traité un incident pour lequel la responsabilité d'un professionnel semble impliquée. Il peut également être utilisé comme référence pour les politiques des ressources humaines et comme outil de communication pour aider le personnel, les patients et les familles à comprendre comment une décision adaptée est prise vis-à-vis d'un membre du personnel impliqué dans un incident. En effet, cet outil permet de montrer que la décision appropriée envers un membre du personnel impliqué dans un incident peut et doit différer selon les circonstances.

Enfin, cet outil, en plus de protéger le personnel contre une sanction injuste, aide à protéger les patients en évitant la tendance à traiter les problèmes systémiques de sécurité des patients comme des problèmes individuels liés aux professionnels.

Conseils d'utilisation :

- Cet **outil de culture juste** ne remplace pas l'analyse approfondie d'un évènement indésirable. Seule une analyse systémique permet d'identifier les causes latentes qui doivent être prises en compte pour réduire les récidives.
- Cet **outil de culture juste** doit être utilisé par un groupe de professionnels et non un individu isolé. Ce groupe doit comprendre un(des) pair(s) du professionnel concerné, un(des) manager(s) de proximité, un(des) membre(s) de la gouvernance ainsi qu'un(des) professionnel(s) des ressources humaines. Ce groupe doit être animé par un professionnel formé à la gestion des risques, à l'outil de culture juste et aux compétences non techniques d'animation bienveillante d'un groupe.
- Cet **outil de culture juste** peut être utilisé à n'importe quel moment après l'analyse systémique, mais il devra être revu à mesure que de nouvelles informations seront disponibles.
- Cet **outil de culture juste** ne remplace pas l'expertise des professionnels des ressources humaines mais devrait être intégré à la politique ressources humaines d'un établissement de santé.
- Cet **outil de culture juste** ne peut être utilisé que pour traiter une seule action (ou une omission) de la part d'un professionnel. Si plusieurs actions ou omissions sont en causes dans un incident, elles doivent être considérées séparément.

Commencer ici : **Q.1 Intention**

1a.	**Y avait-il intention de nuire ?**	**Oui**	Y a-t-il des circonstances atténuantes ?	**Recommandation** : appliquez les directives de votre organisation pour une action appropriée. Cela pourrait impliquer : un signalement aux autorités, une suspension et/ou procédure disciplinaire. Une enquête plus approfondie est toujours nécessaire pour comprendre comment et pourquoi les patients n'étaient pas protégés contre ces actes. **Fin**

Non. Continuer : **Q.2 Etat de santé**

2a.	**Y avait-il au moment des faits un abus de substances ?**	**Oui**	Y a-t-il dans l'analyse systémique des éléments qui ont contribué à la situation du professionnel ?	**Recommandation** : appliquez les directives de votre organisation sur l'abus de substances au travail. Une enquête plus approfondie est encore nécessaire pour comprendre si la toxicomanie aurait pu être reconnue et traitée plus tôt. **Fin**
2b.	**Y avait-il des indications d'une pathologie somatique ?**	**Oui**	Y a-t-il dans l'analyse systémique des éléments qui ont contribué à la situation du professionnel ?	**Recommandation** : appliquez les directives de votre organisation sur les problèmes de santé affectant le travail. Celles-ci impliquent certainement l'orientation vers le service de santé au travail. Une enquête plus approfondie est encore nécessaire pour comprendre si les problèmes de santé auraient pu être reconnus et traités plus tôt. **Fin**
2c.	**Y avait-il des indications d'une pathologie psychique ?**			

Non à toutes les questions. Continuer : **Q.3 Utilisation des protocoles**

3a.	**Y avait-il des protocoles ou des pratiques recommandées qui s'appliquaient à l'action (ou l'omission) ?**	**Non**	**Recommandation** : une action visant le professionnel est peu susceptible d'être appropriée. L'analyse de l'incident doit indiquer les actions plus larges nécessaires pour améliorer la sécurité des futurs patients. Ces actions peuvent inclure le professionnel, mais sans s'y limiter. **Fin**
3b.	**Les protocoles/pratiques recommandées étaient-ils applicables et utilisés en routine ?**		
3c.	**Le professionnel s'est-il délibérément écarté de ces protocoles ou pratiques recommandées ?**		

Oui à toutes les questions. Continuer : **Q.4 Test de substitution**

4a.	**Un autre professionnel avec la même formation et la même expérience aurait-il agi de la même façon dans les mêmes circonstances ?**	**Oui**	**Recommandation** : une action visant le professionnel est peu susceptible d'être appropriée. L'analyse de l'incident doit indiquer les actions plus larges nécessaires pour améliorer la sécurité des futurs patients. Ces actions peuvent inclure l'individu, mais sans s'y limiter. **Fin**
4b.	**Y a-t-il eu un défaut de formation ?**		
4c.	**Y a-t-il eu un défaut de supervision ?**		

Non à toutes les questions. Continuer : **Q.5 Circonstances atténuantes**

5a.	**Y a-t-il eu des circonstances atténuantes pertinentes ?**	**Oui**	**Recommandation** : une action dirigée contre l'individu peut ne pas être appropriée ; suivez les directives de l'organisation, qui peuvent inclure les conseils des ressources humaines en ce qui concerne le degré d'atténuation à appliquer. L'enquête sur l'incident lié à la sécurité des patients doit indiquer les actions plus larges nécessaires pour améliorer la sécurité des futurs patients. **Fin**

Non à toutes les questions.

Recommandation : Suivez les directives de l'organisation pour prendre les mesures appropriées. Cela pourrait impliquer une formation individuelle, une gestion des performances, des évaluations de compétences, une modification des rôles ou une supervision accrue, ainsi que la nécessité de contacter les organismes de réglementation compétents, de suspendre le personnel et de prendre des mesures disciplinaires.
L'analyse approfondie de l'évènement indésirable indiquera les actions nécessaires pour améliorer et assurer la sécurité des futurs patients. **Fin**

Source : "A just culture guide: Supporting consistent, constructive and fair evaluation of the actions of staff involved in patient safety incidents" - NHS Improvement
Licence : http://www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/version/3/

Basé sur le travail du Professeur James Reason et du National Patient Safety Agency's Incident Decision Tree

CC BY NC ND

Annexe B

Tableau – Dimensions de la culture de sécurité des soins et leurs items mesurés par la deuxième version française du questionnaire Hospital Survey On Patient Safety Culture.

1. Perception globale de la sécurité
Les procédures et le fonctionnement du service permettent de prévenir la survenue d'erreurs et il y a peu de problèmes relatifs à la sécurité des soins.

A15. La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important
A18. Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs
A10. C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu des erreurs plus graves dans ce service jusqu'ici*
A17. Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans ce service*

2. Fréquence de signalement des événements indésirables
Les erreurs suivantes sont signalées : 1) les erreurs détectées et corrigées avant d'avoir affecté le patient, 2) les erreurs qui n'ont pas le potentiel de nuire au patient, et 3) les erreurs qui peuvent nuire au patient, mais qui restent finalement sans effet.

D1. Quand une erreur est faite, mais est détectée et corrigée avant d'avoir affecté le patient, elle est signalée…
D2. Quand une erreur est faite, mais n'a pas le potentiel de nuire au patient, elle est signalée…
D3. Quand une erreur est faite et qu'elle pourrait nuire au patient mais qu'elle n'a finalement pas d'effet, elle est signalée…

3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins
Les supérieurs hiérarchiques prennent en considération les suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins, félicitent le personnel quand il suit les procédures de sécurité, et ne négligent pas les problèmes de sécurité des soins.

B1. Mon supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il/elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins
B2. Mon supérieur hiérarchique immédiat tient vraiment compte des suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins
B3. Chaque fois que la pression augmente, mon supérieur hiérarchique immédiat veut nous faire travailler plus rapidement, même si c'est au détriment de la sécurité*
B4. Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins*

4. Organisation apprenante et amélioration continue
Il y a une « culture apprenante » où les erreurs conduisent à des changements positifs et où l'efficacité de ces changements est évaluée.

A6. Nous menons des actions afin d'améliorer la sécurité des soins
A9. Dans votre service, les erreurs ont conduit à des changements positifs
A13. Après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, nous évaluons leur efficacité

5. Travail d'équipe dans le service
Dans le service, les personnes se soutiennent mutuellement, se traitent avec respect et travaillent ensemble en équipe.

A1. Les personnes se soutiennent mutuellement dans ce service
A3. Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjuguons nos efforts en équipe
A4. Dans ce service, chacun considère les autres avec respect
A11. Quand l'activité d'un secteur du service est très dense, les autres secteurs lui viennent en aide

6. Liberté d'expression
Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose qui peut nuire à un patient, et n'hésite pas à questionner leur hiérarchie.

C2. Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose dans les soins qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients
C4. Le personnel se sent libre de remettre en cause les décisions ou les actions de ses supérieurs
C6. Le personnel a peur de poser des questions quand quelque chose ne semble pas être correct*

7. Retour et communication sur les erreurs
Le personnel est informé des erreurs survenues, reçoit un retour d'information sur les actions mises en place, et discute des moyens possibles pour prévenir les erreurs.

C1. Nous recevons un retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement
C3. Nous sommes informés des erreurs qui se produisent dans ce service
C5. Dans ce service, nous discutons des moyens à mettre en place afin que les erreurs ne se reproduisent pas

CC BY NC ND

8. Réponse non punitive à l'erreur
Les personnels n'ont pas l'impression que leurs erreurs et leurs signalements sont retenus contre eux, ni que leurs erreurs sont notées dans leurs dossiers administratifs.

A8. Le personnel a l'impression que ses erreurs lui sont reprochées*
A12. Lorsqu'un événement est signalé, on a l'impression que c'est la personne qui est pointée du doigt et non le problème*
A16. Le personnel s'inquiète du fait que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel*

9. Ressources humaines
Il y a suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail et le nombre d'heures travaillées est adapté à une qualité optimale des soins.

A2. Nous avons suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail
A5. Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour pouvoir assurer une qualité optimale des soins*
A7. Nous faisons trop appel à du personnel intérimaire pour une meilleure qualité des soins*
A14. Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement*

10. Soutien du management de la sécurité des soins
La direction de l'établissement instaure une culture de travail qui favorise la sécurité des soins et qui montre que la sécurité des soins est une des premières priorités.

F1. La direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins
F8. Les actions menées par la direction de l'établissement montrent que la sécurité des soins est une des premières priorités
F9. La direction de l'établissement semble s'intéresser à la sécurité des soins uniquement après qu'un événement indésirable se soit produit*

11. Travail d'équipe entre les services de l'établissement
Les services de l'établissement coopèrent et se coordonnent afin de fournir aux patients des soins de qualité.

F4. Il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble
F10. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins
F2. Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres*
F6. Il est souvent désagréable de travailler avec le personnel des autres services de l'établissement*

12. Continuité des soins
Les informations importantes concernant les soins des patients sont transmises entre les services et au cours des changements d'équipe.

F3. Des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont transférés d'une unité à l'autre*
F5. D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors des changements d'équipes*
F7. Des problèmes surviennent souvent dans les échanges d'informations entre les services de l'établissement*
F11. Les changements d'équipes sont problématiques pour les patients dans cet établissement*

**Items formulés négativement*

CC BY NC ND

Annexe C

Second Victim Experience and Support Tool-Revised (SVEST-R)

Psychosocial and Employment-Related Factors

Instructions for respondents: The following survey will evaluate your experiences with adverse patient safety events. These incidents may or may not have been due to error. They also may or may not include circumstances that resulted in patient harm or even reached the patient (i.e. *near-miss* patient safety events). Using a 5-point Likert scale (1 = Strongly Disagree, 5 = Strongly Agree), please indicate how much you agree with the following statements as they pertain to yourself and your own experiences at this hospital.

Psychological Distress

1. I have experienced embarrassment from these instances.
2. My involvement in these types of instances has made me fearful of future occurrences.
3. My experiences have made me feel miserable.
4. I feel deep remorse/guilt for my past involvements in these types of events.

Physical Distress

5. The mental weight of my experience is exhausting.
6. My experience with these occurrences can make it hard to sleep regularly.
7. The stress from these situations has made me feel queasy or nauseous.
8. Thinking about these situations can make it difficult to have an appetite.
9. I have had bad dreams as a result of these situations.

Colleague Support

10. My colleagues can be indifferent to the impact these situations have had on me.
11. My colleagues help me feel that I am still a good healthcare provider despite any mistakes I have made.*
12. My colleagues no longer trust me.
13. My professional reputation has been damaged because of these situations.

Supervisor Support

14. I feel that my supervisor treats me appropriately after these occasions.*
15. My supervisor's responses are fair.*
16. My supervisor blames individuals.
17. I feel that my supervisor evaluates these situations in a manner that considers the complexity of patient care practices.*

Institutional Support

18. My organization understands that those involved may need help to process and resolve any effects they may have on care providers.*
19. My organization offers a variety of resources to help get me over the effects of involvement with these instances.*
20. Concern for the well-being of those involved in these situations is not strong at my organization.

Professional Self-Efficacy

21. Following my involvement I experienced feelings of inadequacy regarding my patient care abilities.
22. My experience makes me wonder if I am not really a good healthcare provider.
23. After my experience, I became afraid to attempt difficult or high-risk procedures.
24. These situations have negatively affected my performance at work.

Turnover Intentions

25. My experience with these events has led to a desire to take a position outside of patient care.
26. Sometimes the stress from being involved with these situations makes me want to quit my job.
27. I have started to ask around about other job opportunities.
28. I plan to leave my job in the next 6 months because of my experience with these events.

CC BY NC ND

Second Victim Support Option Desirability

Instructions for respondents: Using a 5-point Likert scale (1 = Not Strongly Desired, 5 = Strongly Desired), please indicate your level of desirability for the following types of support that could be offered by your organization for those who have been negatively affected by their involvement with an adverse patient safety event. These incidents may or may not have been due to error. They also may or may not include circumstances that resulted in patient harm or even reached the patient (i.e., *near-miss* patient safety events).

1. The ability to immediately take time away from my unit for a little while.
2. A specified peaceful location that is available to recover and re- compose after one of these types of events.
3. A respected peer to discuss the details of what happened.
4. An employee assistance program that can provide free counseling to employees outside of work.
5. A discussion with my manager or supervisor about the incident.
6. The opportunity to schedule a time with a counselor at my hospital to discuss the event.
7. A confidential way to get in touch with someone 24 hours a day to discuss how my experience may be affecting me.

Scoring Guidelines

Psychosocial and Employment-Related Factors: After reverse-scoring designated items (see measure above), calculate mean scores for all 9 factors included in the SVEST-R: Psychological Distress, Physical Distress, Colleague Support, Supervisor Support, Institutional Support, Professional Self-Efficacy, Turnover Intentions, Absenteeism, and Resilience. Higher mean scores represent more second victim responses (e.g., more psychological distress, less resilience), greater perceptions of inadequate support, and more second victim-related negative employment outcomes. Next, percentages are calculated for each of the factors, representing the degree to which respondents agreed with survey items (i.e., agreement = factor mean greater than or equal to 4.0). This scoring method allows organizations to determine the magnitude of negative second victim-related experiences.

Second Victim Support Option Desirability: For each of the 7 items evaluating forms of support, scores of 4 or 5 indicate that the support option is desired, whereas scores of 1 or 2 indicate that the option is not desired. Percentages are calculated to represent the degree to which each form of support is desired. This scoring method allows organizations to isolate specific types of support that are most desired and appropriately allocate resources.

CC BY NC ND

Annexe D

Accompagnement Soignant 2nde victime

FICHE OUTIL

Debriefing immédiat de la situation

En cas d'anomalie pouvant porter ou portant préjudice au patient, un debriefing doit immédiatement être réalisé pour mettre le patient en sécurité.

Ce n'est pas le temps d'analyser les causes de l'événement.

Ce debriefing se déroule dans un bureau isolé, au calme et en comité restreint.

Sont présents : le professionnel impliqué, le médecin référent du service ou l'interne du service, et le cadre de santé

Déroulé

1. **Evaluer et retranscrire la situation**
   - pour le patient
   - pour le maintien de l'activité
   - pour le professionnel

   si l'évaluation de la situation est complexe
   - réassurance du professionnel concerné
   - faire appel à un collègue en connaissance de l'événement ou qui a assuré le 1er secours émotionnel si le professionnel est en état de sidération

2. **Décider et mettre en place les mesures immédiates**

Pour la prise en charge du patient concerné par l'événement	Pour maintenir l'activité dans le service	Pour la 2nde victime
• appeler des renforts et contextualiser la situation avec les professionnels à l'aide de l'outil SAED • informer le patient s'il s'agit d'un dommage associé aux soins (senior) générant une modification de prise en charge immédiate	• appeler des renforts RH • s'accorder sur les informations à transmettre à l'équipe • réorganiser l'activité, voire diminuer la charge de travail du service	• extraire temporairement le soignant impliqué de son activité dans l'attente de la stabilisation de l'événement

CC BY NC ND

3. **Réaliser un nouvel entretien avec le professionnel impliqué une fois que la gestion urgente de l'événement est réalisée :**
   - s'assurer de l'aptitude, des capacités du collaborateur pour poursuivre l'activité du jour
   - si nécessaire
     - s'assurer que le professionnel sera accompagné par la personne de son choix durant les heures qui suivent l'événement
     - proposer un congé, une orientation vers le service de santé au travail
     - proposer de donner des nouvelles du patient

4. **Informer la hiérarchie**
   (Direction des soins, chef de département, cadre d'astreinte ou administrateur de garde le cas échéant)
5. **Déclarer l'événement dans le logiciel dédié**
6. **Organiser un entretien avec le professionnel concerné à distance de l'événement** (sauf si le professionnel est en arrêt de travail : organisé par le service de santé au travail)

Employer l'outil SAED adapté au debriefing

S	Décrire la **Situation** actuelle concernant le patient	Recueillir les informations: M./Mme prénom, nom, âge localisation dans le service Demander ce qu'il s'est passé et quand Recueillir ses constantes vitales/signes cliniques (F cardiaque, respiratoire, TA, T°, EVA, somnolence,…)
A	Recueillir les **Antécédents** utiles, liés au contexte actuel	Raison de l'admission, date Les antécédents médicaux Les allergies Les traitements reçus durant le séjour Les traitements en cours Les résultats d'examens La situation habituelle du patient (confus, douloureux,…) Sa situation actuelle a évolué depuis
E	**Evaluer** l'état actuel du patient	Sa situation actuelle est…(le problème) Depuis, il lui a été administré… / fait..
D	Formuler la décision pour la **Demande** à l'équipe	Ensemble: - reformuler brièvement les informations décider de la prise en charge Reformuler brièvement les informations à l'équipe pour action

Si besoin:

- employer le SAED pour demander un avis complémentaire extérieur
- préparer la rencontre avec le patient et/ou sa famille

IUCO-QUA-LIP-0586

CC BY NC ND

Annexe E

Accompagnement Soignant 2nde victime

FICHE OUTIL

1er secours émotionnel

Etre 1er secours émotionnel.

C'EST	CE N'EST PAS
• Se rendre disponible • Apporter un soutien concret, sans être intrusif • Ecouter la personne sans l'inciter à parler • Repérer les besoins et les préoccupations de la personne • Apporter un apaisement	• Un soutien psychologique professionnel • Une analyse de l'événement • La seule aide proposée à la 2nde victime

Le lieu

- proposez un lieu sécurisant ou une atmosphère sécurisante
- affichez « ne pas déranger » si nécessaire
- créez de l'intimité et préserver la confidentialité des échanges

La posture

- soyez dans une écoute attentive
- soyez disponible psychiquement
- soyez dans l'empathie

Le déroulé

- définissez avec la personne ce qui est le plus important pour elle à ce moment précis
- laissez la personne parler ou respectez son silence
- rappelez que l'activité professionnelle sur l'IUCT-Oncopole comporte de nombreux risques liés à la fragilité des patients
- appelez du renfort si la personne montre des signes de détresse importante

Prérequis

- Etre digne de la confiance que la 2nde victime vous porte
- Respecter le droit de la personne de prendre ses propres décisions
- Mettre de côté vos préjugés et a priori
- Assurer la confidentialité des échanges

CC BY NC ND

A proscrire

- Profiter de votre position de personne écoutante
- Faire de fausses promesses ou donner de fausses informations
- Imposer votre aide, être intrusif ou insistant
- Juger la personne sur ses actes ou ses sentiments
- Divulguer l'histoire de la personne que vous écoutez

A Les mots à éviter proscrire

- Ce n'est pas grave
- Estime toi heureux que ce ne soit pas plus grave pour le patient
- Tu ne t'es pas rendu compte de ce qui se passait ?
- Je n'aurais pas fait ainsi
- C'est la faute de… (quelqu'un d'autre, ou de quelque chose)
- Tu vas t'en remettre

Et après ?

L'orientation vers le professionnel aidant se fait

- à la demande de la seconde victime
- sur proposition de l'écoutant

CC BY NC ND

Annexe F

Transcription des entretiens

Dans un souci d'anonymat renforcé, j'ai limité au strict nécessaire la présentation des profils IADE et appliqué une fourchette d'âge.

Pour la fluidité de l'entretien, si des éléments de réponses m'étaient apportés lors d'un développement antérieur, je ne posais pas la question à laquelle ses éléments étaient attendus.

Transcription entretien IADE 1

- 35 à 40 ANS
- IDE 2007
- IADE 2018
- CHU pluridisciplinaire

Estimez-vous que la culture sécurité est une valeur bien ancrée dans les établissements de santé ?

« La culture sécurité dans notre service, je ne sais pas. Dans la profession d'infirmier anesthésiste oui. C'est quelque chose qui m'a marqué dans mes études. C'était moins marqué pendant mes études d'infirmier. Quand tu es IADE avec toutes ces check-lists d'ouverture, d'ouvrir ses salles de façon rigoureuse, de bien checker le matériel avant l'arrivée d'un patient, la préparation des drogues, le code couleur étiquette. Ce sont des choses qui m'ont plus marqué en tant qu'IADE que dans mon service. Dans mon service, je n'ai pas l'impression [hésitation] c'est peut-être équipe médicale dépendant, non pas plus que ça.

Relance : Comment est anticipé et/ou géré la survenue d'erreur dans votre service (cite en exemple RMM et CREX) ? Est-ce que vous sentez que c'est développé dans votre service ?

« Eh bien pas du tout, pas du tout, du tout chez nous. Nous les IADE, on n'a pas accès à la visite le matin qui est faite essentiellement avec les internes et les externes, les dossiers compliqués des dernières 24 h, nous les IADE ont n'y a pas accès, car c'est au moment du changement d'équipe, c'est au moment de nos transmissions, de nos ouvertures de salle. Lorsque les médecins ont fini leur visite, nos salles doivent être prêtes pour accueillir les patients. C'est quelque chose que je n'ai jamais compris depuis que je suis arrivé dans ce bloc, c'est que les paramédicaux n'aient pas accès à cette visite qui reprend les difficultés éventuelles avec un patient et qui pourrait nous permettre en termes de sécurité d'anticiper certaines choses. Donc non, je ne trouve que mon bloc soit un bon exemple.

Pensez-vous que l'erreur est taboue dans votre environnement professionnel ?

« Non, pas entre nous paramédicaux. C'est-à-dire que lorsque l'on a fait une erreur, ou lorsque l'on a failli faire cette erreur, on va facilement en discuter entre nous. Justement pour se préserver d'une éventuelle prochaine erreur. On va en débriefer entre nous. D'une parce que ça fait du bien d'en parler, se sentir entendu par ses collègues, souvent compris en plus, soutenu. Et on voit bien que le collègue qui nous écoute est satisfait d'entendre ça dans le sens où : toi tu as failli faire cette erreur, ça va me protéger de la faire également.

cc BY NC ND

En revanche au niveau médical, pas vraiment de soutien, pas vraiment de débriefing sur les erreurs et au contraire : ah il s'est passé ça, bah non, on ne va pas revenir dessus. J'ai l'impression que c'est un tabou, qu'il faut le cacher. Heureusement qu'entre paramédicaux, on est là pour en discuter. C'est mon ressenti. Il n'y a jamais de débriefing et une peur du jugement parce que lorsque l'on va avouer une faute, plutôt que d'en discuter de façon pédagogique, ça va plutôt être des non-dits, une forme de jugement. »

Depuis que vous êtes IADE, avez-vous déjà commis des erreurs ?

« Oui »

Pourriez-vous développer les circonstances de survenue d'une erreur qui vous a particulièrement marquée ?

« Une des erreurs qui m'a particulièrement marqué, ça faisait à peine six mois que j'étais IADE, dans un secteur un peu difficile avec une activité très polyvalente. Pour le contexte de survenue, c'était à la fin d'une troisième journée de 12 heures, et c'était dans la dernière heure. Je l'ai analysé comme ça comme étant liée, entre autres, à une fatigue physique et intellectuelle. Surtout intellectuelle parce que lorsque l'on est jeune diplômé, on analyse tout, on réfléchit beaucoup et on a une grosse fatigue intellectuelle à la fin des journées. Voilà pour le contexte. »

Relance : Est-ce que vous pourriez développer le type d'erreur qui est survenue ?

« Au moment de l'induction, le MAR a longuement hésité à faire de la célocurine et de l'Esmeron, les deux seringues étaient prêtes, moi je préoxygénais. Le médecin : *ah j'hésite Célo, Esmeron, Célo Esmeron.* Finalement, il a poussé l'Esmeron et je en sais pas pourquoi, dans ma tête je suis resté sur le fait qu'il avait fait de la célocurine. À cette époque, on ne faisait pas de TOF qui avait eu de la célo, pas en systématique en tout cas. Si bien que l'intervention durant 90 minutes et que dans ma tête c'était de la célocurine, je n'avais pas fait de Tracrium derrière, pour moi le patient était décurarisé. Donc je n'ai jamais fait de TOF. Lorsque j'ai réveillé le patient, il ouvrait les yeux, il serrait la main pas forcément très bien. Les critères pour l'extuber, j'en avais certains, mais pas tous. Il disait non de la tête, mais jamais oui, il serrait la main pas très fort et pas forcément des deux côtés, et il prenait des tout petits volumes sur le plan respiratoire. Moi j'ai mis ça sur le compte de l'obésité, de ses soucis respiratoires, donc je l'ai extubé. On est sorti de la salle d'intervention et lors du transfert, il a désaturé à toute vitesse. Je l'ai repris au BAVU pour le faire re-saturer mais je voyais bien qu'il se passait quelque chose de grave. On l'a repoussé au bloc en urgence. Je l'ai repris au respirateur manuellement et là j'ai réussi à le re-saturer le temps que le médecin arrive. J'ai fait une glycémie en catastrophe en me disant qu'il était peut-être en hypoglycémie.

Lorsque le médecin est arrivé, il m'a tout de suite dit : *il est curarisé ton patient*. On a fait un TOF, il était complètement curarisé. Il avait 1 ou 2 réponses sur 4. Donc là j'ai énormément culpabilisé parce que j'ai réalisé que ce n'était pas de la célocurine, mais de l'Esmeron. Et qu'en fait je ne l'avais pas antagonisé parce que je n'étais pas du tout parti sur ce curare-là. J'ai d'autant plus culpabilisé qu'il n'y avait pas eu d'erreur de traçabilité sur le dossier, c'était bien tracé Esmeron. C'est là que je me suis dit qu'il y avait de la fatigue dans le sens où je n'avais pas vu ce qu'il y avait d'écrit sur le dossier.

Le patient, dès qu'on l'a antagonisé, vu qu'il entendait tout vu que c'était une curarisation isolée, forcément il était très en colère et très inquiet de ce qui s'était passé. Il a senti qu'il ne pouvait plus respirer, il a bien senti aussi que je le ventilais en lui faisant très mal en raison de la subluxation alors qu'il était conscient. Donc, j'ai énormément culpabilisé et vu qu'il était 20 h 30-21 h, ma journée était terminée depuis 45 minutes, je suis parti comme ça sans débriefer avec personne, avec cette culpabilité énorme et en ayant l'impression d'avoir failli tuer mon patient »

Sur une échelle de gravité entre 0 et 10, à combien l'estimez-vous ?

9 sur 10, dans le sens où il n'est pas mort et j'ai pallié en le ventilant, mais c'était grave psychologiquement pour lui, c'est lourd à porter de se réveiller curarisé. Et puis moi, sur toute ma remise en question sur ma rigueur. Je l'ai estimé très grave cette erreur et elle est grave de toute façon. »

Avez-vous signalé cette erreur à votre encadrement ?

« Non, dans le sens où je terminais ma troisième journée de 12 h pour deux-trois jours de repos. Du coup, le médecin avait été informé de cette erreur. C'était un médecin de garde, pas attaché au service et je n'ai pas eu le temps de le signaler à qui que ce soit. En revanche lorsque je suis revenu travailler, j'ai voulu tout de suite en parler avec la cadre et là j'ai senti le poids du non-dit. C'était atroce parce que le médecin responsable du service m'a fait comprendre qu'il était au courant sans vouloir pour autant en débriefer. Il avait un regard sombre, il n'était pas aussi souriant que d'habitude avec moi. La cadre quand j'ai voulu en parler m'a dit : *oui, oui je suis au courant, on en parlera plus tard.* Mais sur un mode autoritaire dans le sens où c'était une erreur grave. Personne ne m'en parlait. Moi j'avais besoin qu'on en parle. La journée passait, on avait beaucoup de travail … [Silence] … Et voilà. »

Face à l'état émotionnel que vous m'avez décrit précédemment, des ressources institutionnelles vous ont-elles été proposées par vos cadres ?

« Eh bien non, pas du tout, rien. Aucune ressource institutionnelle, pas de débriefing de la part de mon médecin. Après cette erreur, ça été très difficile pendant des semaines où tout ce que je faisais, je l'échouais. J'échouais dans mes intubations, j'échouais dans mes poses de perfusions. Je n'avais plus du tout confiance en moi. Suite à cette erreur-là, je n'étais plus du tout l'IADE que j'étais avant. C'était très compliqué, et ça les médecins l'ont vu, ils l'ont senti. Ils reprenaient la main systématiquement derrière moi parce que je n'arrivais plus à faire grand-chose. Et suite à ça, au bout de 2-3 jours dans cet état-là, je suis allé voir la cadre en lui disant : *je n'y arrive plus, je ne suis plus capable de faire ce métier.* J'ai été la voir entre deux portes, il fallait vraiment que j'en parle, j'étais très mal. Là, elle m'a pris dans son bureau en entretien, mais c'est parce que l'on était rendu à ce stade où je n'étais plus capable de travailler ».

Quelle(s) autre(s) ressource(s) avez-vous trouvées dans votre environnement professionnel pour vous aider à la suite de cette erreur ?

« Cet entretien inopiné avec la cadre, parce que j'ai fondu en larme, j'étais mal. Elle a dû réaliser l'ampleur, les conséquences chez moi. Elle m'a pris vraiment en entretien et finalement j'ai trouvé son entretien était bénéfique. Elle a mis des mots sur cette erreur, elle a mis des mots sur le fait que le médecin responsable du service était venu la voir dès le lendemain pour lui en parler. Chose que l'on ne m'avait toujours pas dit. Je n'étais pas du tout au courant de tout ça. J'avais compris que ça débriefait dans mon dos, mais on n'avait jamais officialisé. Donc là, on a officialisé tout ça. Et elle aussi officialisé le fait que jusqu'à cette erreur les médecins étaient satisfaits de mon travail et que depuis cette erreur ils doutaient beaucoup de moi, de mes compétences. C'était difficile à entendre, mais au moins les choses étaient actées. Ça, j'avais besoin de l'entendre. Je suis sorti de ce rendez-vous très inquiet, mais en même temps un peu soulagé dans le sens où enfin on posait des mots sur cette erreur qui, jusqu'à présent, était …[hésitation] …Il y avait ces non-dits. »

À partir de cet entretien, c'était un peu mieux. Il a fallu une ou deux semaines pour que le médecin de garde qui était là revienne de garde. J'avais l'impression qu'il allait m'en vouloir énormément. Et puis en fait, cette erreur était passée un peu aux oubliettes pour lui. Ça m'a fait du bien de m'en rendre compte. Il m'a fait tout un speech sur l'erreur et la place de l'erreur dans la profession. La place de l'erreur dans la courbe d'apprentissage d'un métier. Puis il m'a parlé de ses propres erreurs en tant

que médecin et il m'a dit : *tu sortiras de cette erreur grandi.* Et là, il a trouvé des mots qui m'ont fait un bien fou. Des mots que j'avais vraiment besoin d'entendre. Il ne m'a absolument pas culpabilisé. Il m'a dit qu'on était une équipe et que le travail d'équipe ça servait à ça. Il a posé des mots qui m'ont fait le plus grand bien et à partir de là, j'ai retrouvé confiance en moi et j'ai de nouveau su prendre en charge mes patients sans problème. C'est incroyable la force des mots parce qu'il a fallu cet entretien entre deux portes pour que je puisse, de nouveau, réussir mes gestes techniques. »

Au final, considérez-vous que l'équipe d'anesthésie vous ait soutenue ?

« L'équipe médicale de mon secteur, non absolument pas. Je n'ai jamais été briefé avec eux de cette erreur alors qu'ils étaient au courant. Je lui en ai vraiment voulu au médecin responsable de l'unité parce qu'il est quand même allé voir la cadre, ils en ont parlé ensemble avec la cadre et à aucun moment ils ne m'ont pris en entretien.

Relance : le médecin avec qui vous avez eu le débrief « déclic » était un médecin extérieur au service ?

« Oui, c'est un médecin de garde. Un médecin ancien avec un parcours de vie, un parcours professionnel riche et qui du coup est capable avec le temps de voir l'intérêt de l'erreur (entre guillemets). Les médecins du secteur plus jeunes ont l'impression que chaque erreur est une énorme bourde qu'il faut taire, masquer. Je ne sais pas comment l'analyser, mais en tout cas c'est difficile en tant que jeune professionnel dans ce secteur justement à cause de ces non-dit sur les erreurs. »

Cette erreur vous a-t-elle fait douter de votre avenir professionnel en tant qu'IADE ?

« Ah complètement. Parce qu'au moment où j'ai été voir ma cadre lorsque j'étais au plus mal, je lui ai dit qu'il fallait d'une : que je change de service. Et de deux : que je n'étais plus capable de faire ce métier. J'étais au stade où je me demandais s'il fallait que je mette en arrêt pour prendre un peu de recul ou s'il ne fallait pas qu'il me reprenne en tant qu'infirmière le temps que j'aille un peu mieux dans mon statut d'IADE. Pour moi, je n'étais plus capable d'être IADE. C'était vraiment lourd.

À ce jour, doutez-vous encore de votre place en tant qu'IADE ?

« Non. Cette erreur étant arrivée très tôt. J'ai du recul sur l'événement. Avec l'expérience, je ne referais plus cette erreur. On fait des erreurs au début, parce qu'en tant que jeune professionnel, il y a énormément de choses à penser, à analyser. Et puis la fatigue physique et intellectuelle se rajoutant, c'est compliqué sur certaines fins de journée. Là, aujourd'hui avec plus d'expérience, on a moins cette fatigue intellectuelle et les compétences sont plus importantes grâce à ça. L'expérience fait que je ne ferai plus les mêmes erreurs, ça c'est sûr. »

À ce jour estimez-vous être encore impacté négativement par cette erreur ?

Non. En revanche cela m'a permis de mieux accepter l'erreur et de ne plus diaboliser l'erreur auprès des collègues. Et c'est pour ça que je suis la première à en parler, soit parce que je suis à deux doigts de commettre une erreur et je me suis interrompu à temps, soit lorsque j'ai commis une petite erreur. Pour moi, il faut tout sauf que ce soit tabou. Je vais en parler à mes collègues. Plus on en parle, plus on minimise le risque que cela arrive à nos autres collègues. L'intérêt aussi d'aller en simulation. Dès que je peux m'y inscrire, je m'y inscris. L'intérêt de la simulation est que la place est donnée à l'erreur, on peut se permettre de se tromper à ce moment-là parce que là on débriefe vraiment bien, sur *pourquoi les erreurs arrivent* et comment les déjouer. »

Estimez-vous que cette erreur a eu des répercussions positives dans votre pratique ?

« Oui. C'est clairement une chose qui ne m'arrivera plus jamais. Je suis devenu une psychorigide du TOF chez tout patient curarisé y compris à la célocurine. Dès que j'ai failli faire une erreur ou une petite erreur (parce qu'il ne faut pas se leurrer, on n'en fait tout le temps), il faut en discuter. C'est vraiment la façon de permettre à tes collègues d'éviter de les faire et puis nous même de prendre conscience de la potentielle gravité de nos actes, et puis d'éviter que cela recommence.

Souhaitez-vous apporter des éléments complémentaires sur le sujet de cet entretien ?

« C'est un thème très intéressant, j'aurai aimé le traité moi-même en tant qu'étudiant IADE et puis ce serait super si tu pouvais nous faire part de tes analyses à la fin pour qu'on puisse injecter ça tranquillement auprès de mon équipe médicale pour qu'ils se rendent compte un peu de l'intérêt du débriefing, des RMM qui ont tout leur sens. Moi j'ai 10 ans de réa les staffs, le débriefing de situations où les médecins étaient capables de mettre à l'arrêt tout le service quand une situation devenait difficile. On se réunissait tous autour de la paillasse : *voilà, il s'est passé telle chose, pourquoi c'est arrivé.* Sans culpabilité aucune, c'était toujours très pédagogique. J'ai grandi avec cet environnement-là pendant 10 ans en réanimation. C'est ce qui a forgé ma personnalité d'IDE. Après arrivé en tant qu'IADE, j'avais l'impression qu'on avait les clés pour avoir un environnement sécure grâce aux études et à cette spécialisation. Et puis en fait, je pense que l'environnement médical joue énormément …[hésitation] … que l'on n'ait pas toutes ces RMM, tous ces staffs font que c'est compliqué de débriefer, c'est compliqué d'exprimer auprès des équipes médicales nos difficultés. »

Fin de l'entretien : 22 min et 21 secondes

Transcription entretien IADE 2

- Tranche d'âge : 45 à 50 ans
- IDE depuis 2001
- IADE depuis 2013
- CH Bloc polyvalent

Estimez-vous que la culture sécurité est une valeur bien ancrée dans les établissements de santé ?

« Ce n'est pas institutionnalisé officiellement. Je dirai que c'est quelque chose de nécessaire de par la spécialité, qu'on essaie de mettre en place. Je dirai qu'il y a moins de verrous à l'heure actuelle que j'ai pu connaître dans d'autres établissements. »

Relance : qu'entendez-vous par « verrous » ?

« Je trouve dans d'autres établissements comme les CHU, il y a plus d'intervenants qui nécessitent d'avoir plus de rigueur, il y a plus de gens qui vont contrôler la préparation des médicaments. C'est un exemple de source d'erreur qui est énorme. Pendant l'induction anesthésique, il va y avoir l'IADE, éventuellement l'étudiant IADE, on va avoir l'interne d'anesthésie et puis le médecin anesthésiste réanimateur. Ça fait plusieurs personnes qui vont jeter un œil sur la dilution des médicaments, du coup une notion de contrôle. »

Pensez-vous que l'erreur est taboue dans ton environnement professionnel ?

« Oui, c'est propre à l'être humain. Ça dépend de chacun. Quand j'étais au CHU, j'avais des collègues qui c'est sûr, ne font jamais d'erreur, ce n'est pas possible dans leur égo. Faire une erreur, c'est reconnaître qu'on l'on peut être éventuellement faible. Là où je suis à l'heure actuelle, je travaille avec des IADE qui, pour la plupart, ont un CV démentiel et n'ont pas de doute, pas de honte à reconnaître qu'ils ont fait des erreurs même si ce n'est jamais agréable. Ils tous dans la dynamique de se dire : on n'a fait une erreur, on va essayer de rectifier le tir et d'améliorer la pratique suivante pour éviter que cela arrive à quelqu'un d'autre de toute façon. »

Depuis que vous êtes IADE, avez-vous déjà commis des erreurs ?

« Oui, j'en ai fait plusieurs »

Pourriez-vous développer les circonstances de survenue d'une erreur qui vous a particulièrement marquée ?

« J'étais au bloc des urgences, jeune diplômé IADE. On prenait des adultes et éventuellement de la pédiatrie à partir de l'âge d'un an. En dessous d'un an, ça allait directement au bloc pédiatrique. Lorsque l'on passe en mode pédiatrique, on modifiait tout y compris nos dilutions de seringues. Un collègue avait fait de la pédiatrie, et en fin de journée il me redonne son plateau de drogues qui restaient. Donc, il restait du sufentanil qu'il avait dilué en un mcg/mL, mais il avait collé l'étiquette dessus ou il y avait déjà préinscrit cinq mcg/mL.

Moi, j'ai utilisé cette seringue pour endormir un adulte, et j'ai eu un adulte qui ne dormait pas vraiment. J'ai mis beaucoup de temps à comprendre le problème et à me dire que ça venait de la seringue de sufentanil. Il a fallu lancer beaucoup de propofol, et lorsque j'ai réinjecté après l'induction, ma réinjection n'était pas très efficace. Du coup, j'ai fait le point sur les doses qui avaient été réinjectées, le volume de la seringue qui avait été injecté. J'ai recontacté mon collègue qui a reconnu que la seringue qui m'avait fournie était d'1 mcg/mL. »

Sur une échelle de gravité entre 0 et 10, à combien l'estimez-vous ?

6/7 sur 10.

Pouvez-vous me décrire les émotions que vous avez ressenties à ce moment-là ?

Beaucoup de stress au départ, remise en question importante de ma pratique, de ce que j'avais fait. Du coup, repasser tout dans ma tête. Refaire le cheminement de mon arbre décisionnel, essayer d'analyser les choses. Quand j'ai découvert d'où venait l'erreur, j'étais rassuré d'une part que c'était une erreur [hésitation] … j'ai pu la comprendre et l'analyser, j'ai pu y répondre et rectifier le tir en dose de sufentanil. Pas de satisfaction, loin de là. Mais j'ai pu me dire que le problème était solutionné.

Relance : Comment évaluez-vous l'intensité de ce moment émotionnel ? Faible, modéré, forte, très forte ?

« Forte »

Avez-vous signalé cette erreur à votre encadrement ?

À mon encadrement médical, oui. À mon encadrement de bloc aussi à postériori. On en a reparlé à l'occasion d'un débriefing de situation. On a évoqué cette situation pour éviter que cela se reproduise au sein de l'équipe pour bien faire preuve de rigueur. On en a tous débriefé ensemble. Il n'a pas eu d'événement papier-administratif, mais cela a été évoqué lors d'une réunion.

Face à l'état émotionnel que vous m'avez décrit précédemment, des ressources institutionnelles vous ont-elles été proposées par vos cadres ?

« Pas du tout »

Relance : auriez-vous souhaité une proposition de prise en charge particulière en lien avec ce temps émotionnel que vous avez qualifié de fort ?

« Non, pas de besoin. J'en ai parlé sur le coup avec l'anesthésiste et on a évacué ça tranquillement et sereinement. Le plus frustrant, c'est de ne pas comprendre ce qui se passe au départ. C'était insatisfaisant dans la prise en charge. J'ai potentiellement mis le patient en danger puisqu'il ne dormait pas assez profondément du point de vue analgésie. Cela aurait pu causer des problèmes. Mais on a pu rectifier le tir assez rapidement. Donc non, je n'ai pas eu besoin d'accompagnement parce que cela n'a pas engendré de prise en charge lourde du patient. S'il y avait eu un impact énorme, je pense que l'on peut être amené à être accompagné psychologiquement. »

Quelles(s) autre(s) ressource(s) avez-vous trouvées dans votre environnement professionnel pour vous aider à la suite de cette erreur ?

« Débrief à chaud avec le médecin, être dans l'échange et se rassurer dans sa pratique. Et à postériori avec l'ensemble de l'équipe pour éviter de renouveler cette erreur pour moi comme pour mes collègues. Mais vraiment en parler autour de soi. »

Au final, considérez-vous que l'équipe d'anesthésie vous ait soutenue ?

« Oui. Je suis tombé sur des gens qui ont été soutenants, dans le cas contraire je ne sais pas si ma stratégie de communication aurait été la même. C'est toujours du cas par cas. L'erreur je pense qu'il y a le facteur humain qui est indissociable de tout ça … [hésitation] le jugement, je pense que tu peux être amené des fois à avoir un comportement différent en fonction des personnes que tu as en face de toi par peur d'être jugé. »

Cette erreur vous a-t-elle fait douter de votre avenir professionnel en tant qu'IADE ?

« Non, pas du tout. Par contre il m'a fait regretter d'avoir relâché la pression au niveau vigilance que j'ai toujours eu et du coup cela m'a motivé à être plus vigilant. Comme quoi l'erreur peut arriver à n'importe qui, surtout avec de la fatigue, du stress. C'est toujours sur des moments où tu perds de la vigilance que tu fais une erreur. Il faut être très vigilant tout le temps.

À ce jour estimez-vous être encore impacté négativement par cette erreur ?

« Non pas négativement parce que j'ai remis en place quelques verrous et la règle des trois « C » que j'ai appris à l'école IDE il y a 20 ans : la **C**onfiance sans **C**ontrôle, c'est de la **C**onnerie ».

Estimez-vous que cette erreur a eu des répercussions positives dans votre pratique ?

« Complètement. Forcément, toute erreur que l'on peut être amené à faire que ce soit une erreur assez sérieuse ou des fois sur des prises en charge un peu plus légères nous rappelle que l'on doit être hyper vigilant et qu'on est là pour prendre en charge des gens sans les mettre en danger. Toute erreur doit avoir un impact sur ta pratique à venir. Il faut analyser tout ce que tu fais de façon quotidienne, erreur ou pas pour améliorer ta pratique. »

À ce jour, doutez-vous encore de votre avenir professionnel en tant qu'IADE ?

« Non, pas du tout. Par contre actuellement je fais beaucoup de mélange de prise en charge adulte-enfant. Je suis hyper vigilant sur tout ce que je fais. Cela me force à m'imposer professionnellement auprès de collègues, pas IADE, mais IBODE et chirurgien sur mon déroulé, mon processus de réflexion, sur mon installation, sur mon mode de préparation de salle ».

Souhaitez-vous apporter des éléments complémentaires sur le sujet de cet entretien ?

« C'est un thème intéressant que je ne maîtrise pas bien, pourtant je suis directeur de mémoire. Je n'ai jamais eu l'occasion de travailler dessus réellement ni en recherche, ni en direction de mémoire. Ce n'est pas simple. Ton questionnaire était bien monté, ton entretien est bien guidé. Je te félicite. Ce n'est pas simple de rebondir comme il faut pour avoir les éléments que tu cherches …[hésitation] … le facteur humain a un impact énorme. L'égo surdimensionné des IADE n'est pas simple pour la reconnaissance de l'erreur. On est quand même une profession à égo. Même si ce n'est pas palpable, mesurable, démontrable en sociologie, je pense que c'est évident ».

Fin de l'entretien : 14 minutes et 8 secondes

Transcription entretien IADE 3

- 40 à 45 ans
- IDE 200
- IADE 2009
- CH Bloc Polyvalent

Estimez-vous que la culture sécurité est une valeur bien ancrée dans les établissements de santé ?

« La culture sécurité, on en parle beaucoup, mais on n'en fait pas grand-chose. On n'agit pas assez ; où chacun agit à sa manière et il n'y a pas assez d'uniformisation des pratiques. »

Pensez-vous que l'erreur est taboue dans ton environnement professionnel ?

« Oui, complètement. Non seulement c'est tabou, mais en plus c'est un tabou/tabou. Je trouve que l'on a 3 temps de retard sur l'aéronautique. Un jour, j'en ai parlé avec mon beau père qui est un ancien pilote de ligne et je parlais de faute et il me disait : *ta première erreur, c'est de parler de faute*.

La faute c'est très péjoratif, l'erreur ça l'est beaucoup moins. Et moi, je trouve que l'on a tendance à se tromper dans la rhétorique. On est dans un environnement où il y a beaucoup de catégories socioprofessionnelles qui travaillent ensemble, et on a cette espèce de culture de toujours vouloir rejeter la faute sur l'autre.

Par exemple, entre l'anesthésie et la chirurgie, ça fait toujours un peu ping-pong : *c'est vous, c'est nous, ça vient de nous, ça vient de vous*. Les gens ont plus tendance à vouloir défendre leur peau plutôt que de réfléchir vraiment sur le sujet en fait. Ça reste quand même un gros tabou.

Depuis que vous êtes IADE, avez-vous déjà commis des erreurs ?

« Oui, bien sûr. Ça fait 15 ans et l'erreur est humaine.

Pourriez-vous développer les circonstances de survenue d'une erreur qui vous a particulièrement marquée ?

« C'est qui m'a le plus marquée, parce qu'il y a vraiment des signaux qui se sont allumés ce jour-là et je me suis demandé si j'allais continuer. On a endormi un patient avec un médecin anesthésiste intérimaire et c'était sur un vieux respirateur avec les débits-litres que l'on tourne. C'était le 5e, 6e patient de la journée et puis voilà, il y a des réflexes qui ont sauté. J'ai commencé à préoxygéner et puis je n'ai pas regardé la FEO2 … [hésitation] tu vois, des fois il y a des médecins qui poussent très vite les drogues et au moment où je le suis rendu compte que je n'avais pas ouvert l'oxygène, le médecin ne s'en est pas rendu compte non plus, et en fait c'est un patient qui n'avait pas non plus de réserve et on a une désaturation *meuh meuh (sic)* tout de suite derrière on a un peu ramé et on s'est fait très peur. Moi, je me suis dit : *ce n'est plus possible, j'arrête l'anesthésie.* L'hypoxie pour moi, c'est la pire des erreurs, c'est ce qui va tuer. Et là, on était là-dedans. Et vraiment, j'ai eu du mal derrière …[hésitation]… Mais merde, pourquoi je ne l'ai pas vu, tu te poses plein de questions ».

Sur une échelle de gravité entre 0 et 10, à combien l'estimez-vous ?

« On n'est pas dans le truc irréversible, on est à 7-8 sur 10 »

Pouvez-vous me décrire les émotions que vous avez ressenties à ce moment-là ?

« Je me suis dit j'arrête. Ça faisait 10 que j'étais diplômé et pourquoi à ce moment-là ? Émotionnellement, ça m'a vraiment chamboulé. Et je me suis dit : c'est très bien, je pense qu'il faut faire des erreurs comme ça, ça t'allume des signaux dans le cerveau et je peux te dire que cela ne m'est pas arrivé après. Maintenant mon objectif lorsque j'endors un patient, c'est de toujours regarder sa FEO2. »

Aviez-vous signalé cette erreur à votre encadrement ?

« Non … [hésitation] le médecin n'était pas paniqué plus que ça. »

Relance : c'est ce critère qui a justifié la non-déclaration de l'incident à l'encadrement ?

« Sur une induction, on est deux. Il était aussi responsable que moi, dans le sens ou moi je préoxygène, mais moi quand je pousse les drogues, je regarde toujours ce chiffre-là aussi. On était vraiment deux responsables et c'est vrai que je n'ai pas cru bon de le signaler à mon encadrement. Et, je n'y ai même pas pensé ».

Face à l'état émotionnel que vous m'avez décrit précédemment, des ressources institutionnelles vous ont-elles été proposées par vos cadres ?

« Non »

Quelle(s) autre(s) ressource(s) avez-vous trouvées dans votre environnement professionnel pour vous aider à la suite de cette erreur ?

« Je suis allé chercher ses ressources auprès des collègues. J'ai été en parler à un collègue. J'ai envoyé un SMS juste en sortant du boulot : *j'arrête l'anesthésie, j'ai failli tuer un patient.* Alors, il faut savoir que j'ai tendance à me rendre malade là ou des gens ne seraient pas … [hésitation] … n'aurait pas été impactés comme moi. Je ne sais pas, je me suis dit : *Oh là là, on touche à l'hypoxie, là c'est grave*. Ça m'a permis de partager cette erreur avec d'autres qui ont commis des erreurs et ça soulage en fait. Ok, ça nous arrive tous, je ne suis pas en train de perdre pied. Ça fait du bien, car ça nous met tous sur un pied d'égalité et ça nous rappelle qu'on est humain. Et qu'on n'est pas du tout épargné par ça, même si on est compétent et consciencieux. »

Au final, considérez-vous que l'équipe d'anesthésie vous ait soutenue ?

« Oui, par les collègues oui. Le MAR ne m'a pas enfoncé puisque j'aurai pu tomber sur un MAR qui m'enfonce ... [hésitation] la responsabilité est clairement partagée. Elle ne s'est pas inquiétée et j'aurais préféré qu'elle s'inquiète un peu plus au moment du truc. Mais les collègues sont une vraie ressource. »

Cette erreur vous a-t-elle fait douter de votre avenir professionnel en tant qu'IADE ?

« Oui, les premières heures qui ont suivi où tu rentres et tu n'es pas bien. En fait, j'ai eu peur de moi. Je me suis dit : *Merde, si je commence à faire des conneries comme ça, où est-ce que je vais*. Peut-être qu'au bout de quelques années d'expérience. Au départ, j'ai remis vraiment en question … [hésitation] … c'est vraiment les premiers moments ou l'émotion est à son comble et après ça redescend et après finalement tu te dis : *c'est très bien*. Ça permet d'allumer des signaux d'alarme qui nous recadrent : *Oh là, il faut que je sois vigilante.* C'est un mal pour un bien lorsque l'erreur n'est pas irréversible, je l'ai toujours constaté, même si c'est vachement dur à vivre.

À ce jour, doutez-vous encore de votre place en tant qu'IADE ?

« À ce jour, j'ai repris confiance assez vite évidemment du fait d'avoir discuté avec les collègues. Je ne doute pas de ma place, mais par contre, je doute. C'est bien de plus douter parce que cela permet d'être plus vigilant. J'ai tendance à plus vérifier les choses. Ça fait avancer professionnellement. »

À ce jour estimez-vous être encore impacté négativement par cette erreur ?

« Non. Ça été assez positif. Ce sont des choses que tu n'oublies pas, qui ponctuent ta carrière et qui te remettent à chaque fois dans le bon chemin. Il faut toujours le voir de façon positive en fait … évidemment quand l'erreur n'est pas irréversible ».

Estimez-vous que cette erreur a eu des répercussions positives dans votre pratique ?

« Oui, ça remet le curseur de vigilance au bon endroit. Peut-être qu'il est redescendu au fil des années. Et puis il y a toujours des circonstances de survenue : t'es fatigué, c'est ton 5e patient, t'as été remplacé. »

Souhaitez-vous apporter des éléments complémentaires sur le sujet de cet entretien ?

« Au bout de l'entretien, j'ai repensé aux erreurs que j'ai faites tout au long de ma carrière, notamment celles qui m'ont marquées. Il y a eu des erreurs qui ont été évitées in extremis qui marquent aussi ou tu te dis : *Si j'avais fait ça, que se serait-il passé ?* ET ça aussi ça remet le curseur de vigilance au bon endroit.

Après il y a eu des constatations auprès des collègues. Moi j'ai déjà rattrapé l'erreur d'une collègue. Alors ça te rassure par rapport à toi, à ta pratique. On en vit tous des choses comme ça, des choses qui vont être rattrapées. Je reviens sur l'uniformisation des pratiques. On a beaucoup de médecins qui viennent de l'extérieur intérimaire qui font à leur sauce. Peu de protocoles et au final, c'est aussi source d'erreur ça. Je me souviens d'un collègue qui a injecté sur une femme enceinte le penthotal au lieu des antibiotiques. Derrière, les médecins nous ont pondu un protocole sous le coup de l'anxiété, mais que rien n'était réfléchi. Tu n'étais pas libre de préparer le plateau comme tu voulais et au final cela n'empêchait pas l'erreur.

Je pense que pour les erreurs médicamenteuses, c'est d'être à ce que tu fais et d'être dans l'instant présent lorsque tu prépares des drogues et au moment où tu fais tes vérifications et on ne m'interrompt pas. Et ça c'est aussi un gros problème, les interruptions de tâches ».

Relance : des observations, des conseils sur la conduite de l'entretien ?

« J'ai trouvé que les questions étaient bien orientées. C'est facile de partir dans tous les sens sur un sujet comme ça. Et ça fait vachement de bien d'en parler, c'est un peu thérapeutique en même temps. »

Fin de l'entretien : 21 minutes et 32 secondes

Transcription entretien IADE 4

- 40 à 45 ans
- IDE 2006
- IADE 2016
- CHU, pluridisciplinaire

Estimez-vous que la culture sécurité est une valeur bien ancrée dans les établissements de santé ?

« Elle est bien ancrée en fonction des professions qui l'utilisent. Au bloc opératoire, je pense que c'est assez ancrée, grâce aux check-lists, grâce à la culture IADE et la culture de l'anesthésie, on arrive quand même à avoir une culture sécuritaire. Après si on sort un petit peu du contexte, si son va sur les plateaux techniques interventionnels où on travaille avec des manipulateurs radio, des infirmiers, la culture sécurité est un peu moins poussée, c'est un peu moins dans leur culture au quotidien et il y a un choc des cultures qui se fait »

Pensez-vous que l'erreur est taboue dans ton environnement professionnel ?

« Elle l'est malheureusement et elle ne devrait pas l'être. On apprend de ses erreurs. Tu verras dans tes lectures, on fait je ne sais quel pourcentage d'erreur par jour en fonction des tâches que l'on fait. Ça peut être des petites erreurs, des approximations. L'erreur, malheureusement, dans notre boulot elle peut être très grave et elle peut donner préjudice à une tierce personne. C'est ce qui est compliqué dans notre profession. »

Relance : quelle forme prend ce tabou selon toi ?

Beaucoup de non-dits.

Depuis que vous êtes IADE, avez-vous déjà commis des erreurs ?
« Oui »

Pourriez-vous développer les circonstances de survenue d'une erreur qui vous a particulièrement marquée ?

« Ça m'est arrivé de faire une erreur il n'y a pas si longtemps que ça. Une erreur qui a entrainé des troubles du rythme au niveau d'une patiente qui s'en rudement bien sortie. Mais du coup j'ai déclaré directement l'erreur de style d'injection. Pourtant, ce sont des choses sur lesquelles je suis hyper vigilant. Je fais très attention à ça. Dans ma culture de travail, c'est quelque chose qui est très important. Mais ça n'exclut pas d'avoir fait l'erreur. Et du coup, j'ai déclaré mon erreur.

Ce qui était assez bizarre, drôle, consternant ou intéressant, c'est que les gens après venaient me voir en ayant appris ce qui s'était passé en me disant : *eh bien moi, tu ne sais pas ce qui m'est arrivé* ? *Moi j'ai fait ci, moi j'ai fait ça.* Et les langues se déliaient. Les gens déclamaient les pires boulettes, les pires erreurs qui avaient fait, du côté IADE et anesthésiste. Certains m'ont dit : globalement, ton erreur, tu n'aurais pas forcément dû la déclarer, il n'a pas eu d'impact pour la patiente. »

Sur une échelle de gravité entre 0 et 10, à combien l'estimez-vous ?

Ce qui est difficile à évaluer, c'est qu'il n'y a pas eu d'impact. On a réussi à récupérer le truc directement après. On va dire 8 sur 10.

Pouvez-vous me décrire les émotions que vous avez ressenties à ce moment-là ?

« Au moment de l'erreur, le but c'était de le dire. Après, on a eu un doute ce qui s'est passé. Fallait aussi comprendre ce qui se passait. À froid, j'étais en colère contre moi parce que l'erreur est partie de quelques choses que je surveille tout le temps, un truc sur lequel je fais tout le temps attention. Et là, j'étais peut-être dans un état un peu hypnotique. Je n'ai pas fait gaffe à ce que je faisais et je ne me souviens pas d'avoir fait le geste. Beaucoup de colère et de reproche sur ma pratique. »

Relance : Pouvez me rappeler la nature de l'erreur ?

« Sur une greffe bipulmonaire, le changement de sonde de Carlens pour une sonde d'intubation normale, je recurarise la patiente et là je fais une erreur de site d'injection. J'injecte le curare dans mon cathéter artériel. La PVC et PA ont ma [hésitation] les systèmes ont changé, ils ont maintenant exactement la même forme. J'ai eu des soucis de bouchons. Cela a entraîné des troubles du rythme. Voilà : erreur de site d'injection. »

Avez-vous signalé cette erreur à votre encadrement ?

« Oui. Signalé et à l'oral et en fiche EIS »

Face à l'état émotionnel que vous m'avez décrit précédemment, des ressources institutionnelles vous ont-elles été proposées par vos cadres ?

« Dès le lendemain, j'ai eu une réunion avec la cheffe de bloc et la cadre de bloc pour rediscuter de la situation. Juste poser les choses. Elles voulaient aussi savoir comment j'allais tout simplement.

Relance : Est-ce que vous estimez que ce soutien a été important à ce moment-là ?

« Oui, cela a permis de poser les choses. De savoir aussi ce qu'on pense de toi. Moi ce que j'avais peur c'est qu'on me colle l'étiquette de l'IADE qui fait des boulettes. Mais en fait, elles ont été assez diplomates, dans l'écoute du problème ».

Quelle(s) autre(s) ressource(s) avez-vous trouvées dans votre environnement professionnel pour vous aider à la suite de cette erreur ?

« J'ai eu surtout mes collègues. Les nouvelles vont assez vite dans un petit milieu. J'ai parlé de ça assez facilement et librement à mes collègues qu'auraient peu faire la même. Et du coup, il n'y avait aucun jugement dans cette équipe, il y avait plutôt de la bienveillance. Le but, c'était que mes collègues ne refassent pas la même chose, de partager l'information »

Au final, considérez-vous que l'équipe d'anesthésie vous ait soutenue ?

« Oui, sans aucun souci »

Cette erreur vous a-t-elle fait douter de votre avenir professionnel en tant qu'IADE ?

« Non du tout »

À ce jour estimez-vous être encore impacté négativement par cette erreur ?

« Non, pas négativement »

Estimez-vous que cette erreur a eu des répercussions positives dans votre pratique ?

« Oui bien sûr. Ça m'a fait redoubler de vigilance sur ces événements-là. Sur les sites d'injection. Chose pourtant qui était quand même hyper importante pour moi. Je suis de plus en plus vigilant par rapport à ça ».

Souhaitez-vous apporter des éléments complémentaires sur le sujet de cet entretien ?

« Le thème de l'erreur, il y a beaucoup de choses à dire. Il y a des formations sur les biais, sur les facteurs humains au bloc opératoire qui sont assimilables à l'aéronautique. C'est plutôt d'éviter les erreurs par une meilleure communication entre collègues, entre IADE et MAR. Des procédures qui peuvent aller de la check-list, à faire reformuler à une personne quelque chose que l'on a mal compris. Il y a plein de techniques comme ça de feedback. Une méthode japonaise, Le « pointing and calling » où l'on pointe du doigt ce qui ne va pas. C'est extrêmement intéressant parce que les gens qui travaillent au bloc opératoire ont plutôt des gens de bons niveaux et que les erreurs sont plutôt liées à de l'incompréhension, à des erreurs de communications. Moi, mon erreur je l'ai fait tout seul comme un grand dû à un relâchement d'attention.

Les erreurs peuvent être beaucoup plus présentes dans une atmosphère délétère. Quand la parole est difficile à libérer ou quand il y a une pression. Quand il y aussi une notion de hiérarchie trop importante.

Fin de l'entretien : 13 minutes et 43 secondes

Annexe G

Rubrique 1 sur 13

L'IADE face à l'erreur

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude sur le thème de l'erreur et ses conséquences sur la pratique IADE, je vous sollicite par le biais de ce questionnaire anonymisé (**les adresses mail ne sont pas collectées**).

5 minutes vous seront nécessaires.

Ne vous fiez pas aux nombres de pages. Selon vos réponses, vous n'aurez pas à toutes les parcourir.

Merci pour votre précieuse participation.

Question 1: Ancienneté dans votre fonction IADE ? *

- < 2 ans
- 2 à 5 ans
- 6 à 10 ans
- 11 à 15 ans
- > 15 ans

Question 2 : Quelle est votre tranche d'âge ? *

- < 25 ans
- 25 à 30 ans
- 31 à 35 ans
- 36 à 40 ans
- 41 à 45 ans
- > 45 ans

Question 3 : Dans quel type d'établissement exercez-vous ? *

- Centre hospitalier universitaire ou régional
- Centre hospitalier
- Hôpital d'Instruction des Armées
- Établissement privé

Question 4 : Quel est votre lieu d'exercice principal ? *

- Bloc général
- Bloc pédiatrique
- Bloc spécialisé
- Réanimation, SMUR

cc BY NC ND

Question 5 : Dans le domaine de la gestion des risques, connaissez-vous la notion de seconde victime ? *

- Oui
- Non

Après la section 1 Passer à la section suivante

Rubrique 2 sur 13

SV

Description (facultative)

Question 6 : Comment en avez-vous pris connaissance ? *

- [ ] Formation initiale IDE
- [ ] Formation IADE
- [ ] Formation continue
- [ ] Recherche personnelle

Après la section 2 Passer à la section suivante

Rubrique 3 sur 13

Suite Intro

Description (facultative)

Question 7 : Selon vous, le sujet de l'erreur est-il tabou en anesthésie ? *

- Oui
- Non

Question 8 : Dans votre pratique, avez-vous déjà commis des erreurs ? *

- Oui
- Non

CC BY NC ND

Rubrique 4 sur 13

Type d'erreur 1

Description (facultative)

Question 9: Avez vous commis une/des presque erreur(s) ? *

Erreur interceptée avant leur survenue sans conséquence pour le patient

- Oui
- Non

Après la section 4 Passer à la section suivante

Rubrique 5 sur 13

Section presque erreur

Description (facultative)

Question 10 : **[Presque erreur]** *

A quelle fréquence estimez-vous leur survenue dans votre pratique ?

- Quotidienne
- Hebdomadaire
- Mensuel
- Semestrielle
- Annuelle

Question 11 : Suite à une **presque erreur** que vous avez commise avez-vous été impacté émotionnellement ? *

- Oui
- Non

CC BY NC ND

Rubrique 6 sur 13

Emotion presque erreur

Description (facultative)

Question 12 : **[Presque erreur]** *

Dans la liste ci-dessous, évaluez l'intensité des émotions ressenties suite à **une presque erreur.**

Erreur interceptée avant leur survenue sans conséquence pour le patient

	faible	modérée	forte
Culpabilité	○	○	○
Peur erreur future	○	○	○
Anxiété	○	○	○
Troubles de la concentr...	○	○	○
Colère envers moi même	○	○	○
Détresse	○	○	○
Regrets-Remords	○	○	○
Embarassé	○	○	○
Perte de confiance	○	○	○

Question 13 **[Presque erreur]** *

Estimez le temps moyen durant lequel elle vous impacte négativement.

- ○ Quelques minutes
- ○ Quelques heures
- ○ Quelques jours
- ○ Quelques semaines
- ○ Quelques mois

cc BY NC ND

Rubrique 7 sur 13

Type erreur 2

Description (facultative)

Question 14 : Avez vous commis une/des erreur(s) mineure(s) ? *

Erreur occasionnant des conséquences modérées et réversibles pour le patient

- Oui
- Non

Après la section 7 Passer à la section suivante

Rubrique 8 sur 13

Erreur mineure

Description (facultative)

Question 15 : **[Erreur mineure]** *

A quelle fréquence estimez-vous leur survenue dans votre pratique ?

- Quotidien
- Hebdomadaire
- Mensuelle
- Semestrielle
- Annuelle

Question 16 : Suite à une **erreur mineure** que vous avez commise, avez-vous été impacté émotionnellement ? *

- Oui
- Non

Après la section 8 Passer à la section suivante

CC BY NC ND

Rubrique 9 sur 13

Emotion erreur mineure

Description (facultative)

Question 17 : **[Erreur mineure]** *

Dans la liste ci dessous, évaluez l'intensité des émotions ressenties suite à **une erreur mineure.**

Erreur occasionnant des conséquences modérées et réversibles pour le patient

	faible	modérée	forte
Culpabilité	○	○	○
Peur erreur future	○	○	○
Anxiété	○	○	○
Troubles de la concentr...	○	○	○
Colère envers moi même	○	○	○
Détresse	○	○	○
Regrets-Remords	○	○	○
Embarassé	○	○	○
Perte de confiance	○	○	○

Question 18 **[Erreur mineure]** *

Estimez le temps moyen durant lequel elle vous impacte négativement.

- ○ Quelques minutes
- ○ Quelques heures
- ○ Quelques jours
- ○ Quelques semaines
- ○ Quelques mois

Après la section 9 Passer à la section suivante

CC BY NC ND

Rubrique 10 sur 13

Type erreur 3

Description (facultative)

Question 19 : Avez vous commis une/des erreur(s) grave(s) ? *

Erreur occasionnant des conséquences graves pour le patient: décès, mise en jeu du pronostic vital, déficit fonctionnel permanent

- Oui
- Non

Après la section 10 Passer à la section suivante

Rubrique 11 sur 13

Erreur grave

Description (facultative)

Question 20 : Suite à une **erreur grave** que vous avez commise, avez-vous été impacté émotionnellement ? *

- Oui
- Non

Après la section 11 Passer à la section suivante

CC BY NC ND

Rubrique 12 sur 13

Emotion erreur grave

Description (facultative)

Question 21 : **[Erreur grave]** *

Dans la liste ci dessous, évaluez l'intensité des émotions ressenties suite à **une erreur grave.**

Erreur occasionnant des conséquences graves pour le patient: décès, mise en jeu du pronostic vital, déficit fonctionnel permanent

	faible	modérée	forte
Culpabilité	○	○	○
Peur erreur future	○	○	○
Anxiété	○	○	○
Troubles de la concentr...	○	○	○
Colère envers moi même	○	○	○
Détresse	○	○	○
Regrets-Remords	○	○	○
Embarassé	○	○	○
Perte de confiance	○	○	○

Question 22 **[Erreur grave]** *

Estimez le temps moyen durant lequel elle vous impacte négativement.

- ○ Quelques jours
- ○ Quelques semaines
- ○ Quelques mois
- ○ Quelques années

Après la section 12 Passer à la section suivante

XXX

CC BY NC ND

Rubrique 13 sur 13

Dernière ligne droite ... 🏁

Description (facultative)

Question 23 : Mon équipe me soutient et considère que je suis toujours un bon soignant malgré une erreur que j'ai pu commettre *

- ○ Pas d'accord du tout
- ○ Plutôt pas d'accord
- ○ Indécis
- ○ Plutôt d'accord
- ○ Tout à fait d'accord

Question 24 : Mon encadrement reconnaît que les soignants ayant commis une erreur ont besoin d'aide pour résoudre ses impacts sur leur pratique *

- ○ Pas d'accord du tout
- ○ Plutôt pas d'accord
- ○ Indécis
- ○ Plutôt d'accord
- ○ Tout à fait d'accord

Question 25 : Consécutivement à une erreur que vous avez commise, vous avez songé à ...

[Plusieurs réponses possibles]

- ☐ changer de lieu d'exercice (bloc ou établissement)
- ☐ exercer dans un poste hors soin
- ☐ vous mettre en retrait (congés maladie)
- ☐ arrêter la profession IADE
- ☐ vous engager d'avantage dans la gestion des risques au sein de votre service
- ☐ faire une demande de formation institutionnelle
- ☐ mettre en place des mesures correctives dans votre pratique
- ☐ mettre à niveau personnellement vos connaissances théoriques

CC BY NC ND

Annexe H

Rubrique 1 sur 2

[Réseau] Cadre, gestion des risques.

Bonjour.

Votre temps étant précieux = **Temps de remplissage 1 minute**

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude d'infirmier anesthésiste sur le thème de la gestion des risques, je vous sollicite par le biais de ce bref questionnaire anonymisé. (les adresses mail ne sont pas collectées)

Je vous remercie pour votre participation.

Quelle est votre fonction ? *

- Cadre IADE
- Cadre ou faisant fonction

Quelle est votre ancienneté dans votre fonction ? *

- < 2 ans
- 2 à 5 ans
- 6 à 10 ans
- 11 à 15 ans
- > 15 ans

Dans quel type d'établissement exercez vous ? *

- Centre hospitalier universitaire ou régional
- Centre hospitalier
- Hôpital d'Instruction des Armées
- Établissement privé

Dans le domaine de la gestion des risques, connaissez-vous la notion de seconde victime ? *

- Oui
- Non

Après la section 1 Passer à la section suivante

CC BY NC ND

Rubrique 2 sur 2

Section seconde victime

Description (facultative)

Comment en avez vous pris connaissance ? *

- [ ] Formation initiale IDE
- [ ] Formation IADE
- [ ] Formation CADRE
- [ ] Formation continue
- [ ] Recherches personnelles

Cette connaissance vous a été utile dans l'accompagnement des secondes victimes au sein de votre service *

- ( ) Pas d'accord du tout
- ( ) Plutôt pas d'accord
- ( ) Indifférent
- ( ) Plutôt d'accord
- ( ) Tout à fait d'accord

cc BY NC ND

Annexe I

Thématique	Questions	Objectifs
Présentation	✦ Pouvez-vous présenter votre parcours professionnel ? • Date formation initiale ? • Date diplomation IADE ? • Lieu d'exercice ?	Identification du profil du professionnel. Présentation succincte de mon thème de mémoire : gestion des risques
Culture sécurité	✦ Estimez-vous que la culture sécurité est une valeur bien ancrée au sein de votre service ? • Si Oui ou non, pourquoi ? ✦ Pensez-vous que l'erreur est un sujet tabou dans votre environnement professionnel ? • Si oui ou non : quels éléments vous amènent à penser cela ?	Évaluation de la perception du niveau de culture sécurité de l'environnement professionnel Évaluation de la représentation de l'erreur dans la pratique IADE
L'erreur dans la pratique IADE	✦ Depuis que vous êtes IADE, avez-vous déjà commis des erreurs ? ✦ Pourriez-vous développer les circonstances de survenue d'une erreur que vous avez commise vous ayant impacté ? ✦ Sur une échelle de gravité entre 0 et 10, à combien l'estimez-vous ? ✦ Pouvez-vous me décrire les émotions que vous avez ressenties à ce moment-là ? • Impact perso ? • Impact pro ? • Intensité ?	Évaluation de l'impact de l'erreur sur le plan personnel et professionnel Évaluation de la perception de gravité de l'erreur par l'IADE Identifier les émotions ressenties et leur intensité par l'IADE
Perception de soutien	✦ Avez-vous signalé cette erreur à votre encadrement ? • Si non, pourquoi ? ✦ Face à l'état émotionnel que vous m'avez décrit précédemment, des ressources institutionnelles vous ont-elles été proposées par vos cadres ? • Si oui, quelles sont-elles ? ✦ Quelles autres ressources avez-vous trouvées dans votre environnement professionnel pour vous aider à la suite de cette erreur ? • **Si OUI**, quelle forme a pris ce soutien ? ❖ Si besoin, relance : En quoi ce soutien a-t-il été important pour vous ? ✦ Considérez-vous que l'équipe d'anesthésie vous ait soutenue ?	Évaluation de la perception de soutien de la part de l'équipe d'encadrement Évaluation de la perception de soutien de la part de l'équipe d'anesthésie

cc BY NC ND

Résilience	✚ Cette erreur vous a-t-elle fait douter de votre avenir professionnel en tant qu'IADE ? **Si OUI,** poser question * ✚ À ce jour estimez-vous être encore impacté négativement par cette erreur ? • Si oui, pouvez-vous expliciter de quelle manière cela impacte votre pratique ? ✚ Estimez-vous que cette erreur a eu des répercussions positives dans votre pratique ? • Si oui, pourriez-vous développer comment cela se manifeste dans votre pratique ? ✚ * En rapport avec cet événement doutez-vous encore, à ce jour, de votre avenir professionnel en tant qu'IADE ? • Si oui, comment quelles seraient vos aspirations professionnelles futures ?	Évaluation de l'impact de l'erreur sur la pratique à postériori Évaluation du degré de résilience
Synthèse et conclusion	✚ Souhaitez-vous apporter des éléments complémentaires sur le sujet de cet entretien ? ✚ Remerciements	

Entretien de 20 à 25 min max

Note :

Thématique de l'erreur en position 3 afin d'instaurer un climat de confiance avec l'interviewer avant d'aborder un sujet potentiellement délicat pour lui.

✚ = Question d'introduction

• = Relance

cc BY NC ND

Rodolphe PATAULT

ÉTUDIANT INFIRMIER ANESTHÉSISTE
École d'INFIRMIER ANESTHÉSISTE DIPLÔME D'ÉTAT (IADE) – CHU NANTES

IADE seconde victime : reconnaissance et résilience

Résumé : le syndrome de seconde victime est apparu pour la première fois dans la littérature scientifique au début des années 2000. Notion encore largement méconnue en anesthésie-réanimation, elle représente pourtant un enjeu majeur lorsque l'on sait qu'une erreur médicamenteuse survient toutes les 120 anesthésies en moyenne.

Méthodologie : une enquête mixte a été réalisée sur la période du 3 février au 15 mars 2023. La population cible était les IADE travaillant dans les blocs opératoires français. Après application des critères d'exclusion, l'analyse quantitative a pu être réalisée sur la base de l'échantillon n = 403, appuyée par 4 entretiens semi-directifs. Une étude ancillaire quantitative a été réalisée auprès d'une population de cadres de santé sur la base d'un échantillon n = 136.

Résultats : l'objectif principal de cette étude était de prouver que la perception de soutien dans l'environnement professionnel était un facteur déterminant de la résilience des IADE dans un contexte d'erreur humaine. La proportion de profils résilients dans la population étudiée est majorée de + 29,70 % en cas de perception du soutien des pairs et de l'équipe d'encadrement. 78,91 % des IADE et 64,71 % des cadres de santé ne connaissent pas le concept de seconde victime. 41,44 % des IADE considèrent que l'erreur est taboue dans leur exercice professionnel.

Conclusion : la perception de soutien favorise le processus de résilience des IADE dans un contexte d'erreur humaine. La notion de seconde victime est largement méconnue dans l'échantillon de population étudié. La reconnaissance des secondes victimes est un levier pour améliorer les critères de culture de sécurité des établissements de santé.

Mots clés : seconde victime, résilience, erreur humaine, facteurs humains, sécurité patient

Nurse anaesthetist second victim: recognition and resilience.

Summary: The second victim phenomenon appeared for the first time in scientific literature in the early 2000's. Notion still largely unknown in resuscitation - anesthesia. However, it represents a major issue when we know that a medication error occurs every 120 anesthetized on average.

Methodology: A mixed survey was carried out over the period from the 3rd of February to the 15 March 2023. The population targeted was nurse anaesthetists working in french operating theatres. After applying the exclusion criteria, the quantitative analysis being carried out on the basis of sample n = 403 supported by 4 semi directive interviews. A quantitative ancillary study was carried out in a population of health executives on the basis of a sample n = 136.

Results: The principal objective of this study was to prove that the perception of support in the professional environment was a determining factor in the resilience of nurse anaesthetists in the context of human error. The proportion of resilient profiles in the population studied is increased by 29.70% in the event of perception of support from peers and management team. 78.91% of nurse anaesthetists and 64.71% of healthcare managers do not know the concept of a second victim. 41.44% of nurse anaesthetists considered that error was a taboo subject in their profession.

Conclusion: The perception of support promotes the process of resilience of nurse anaesthetists in human error context. The notion of the second victim is largely unknown in the population studied. The recognition of second victims is a lever to improve the safety and culture criteria of health institutions.

Keywords : second victim, resilience, human error, human factors, patient safety