

La «seconde victime»

Au cœur de la faillibilité humaine



Des événements indésirables et des erreurs peuvent occasionner des dommages pour les patients, voire conduire à la mort. Il ne s'agit pas alors simplement de remédier aux lacunes du système de sécurité. Les professionnels de la santé impliqués, les «secondes victimes» ont également besoin de soutien afin de pouvoir se confronter à ce qui s'est passé et maîtriser le vécu.

Texte: Cornel Schiess, David Schwappach, René Schwendimann, Andrea Kobleder, Beate Senn / **Photos:** Fotolia, Martin Glauser

Au cours de sa 24^{ème} année d'exercice professionnel, Kimberley Hiatt, une infirmière en soins intensifs expérimentée du Seattle Children's Hospital, a administré par erreur à la petite Kaia âgée de huit mois cent fois la dose de chlorure de calcium prescrite. Kaia est décédée. Sept mois plus tard, un autre décès survint suite à la même erreur. Kimberley H.,

elle-même mère et qui se trouvait pour la première fois de sa carrière professionnelle impliquée dans un événement dû à une erreur, souffrait de culpabilité et de traumatismes et se suicida. Elle était «la seconde victime» (JoNel, 2011).

Faillibilité humaine

Bien qu'une telle tragédie due à la faillibilité humaine ne se produise pas au quotidien, il apparaît clairement qu'en cas d'événements indésirables dans le domaine de la santé il n'y a la plupart du temps pas de «retour possible». Les professionnels de la santé impliqués peuvent être traumatisés et sont sujets à des crises émotionnelles, au niveau de la santé et professionnelles de longue durée (selon Schwappach, Hochreutener, von Laue & Frank, 2010).

Depuis la parution en 2000 du rapport choquant portant le titre «To Err is Human» (Se tromper et humain), l'Institut américain de médecine attire l'attention sur le plan international sur la faillibilité humaine dans le domaine de la santé. (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Selon son rapport, 98 000 personnes décèdent chaque année aux Etats-Unis des suites d'erreurs dans la prise en charge, ce qui représente des coûts annuels évitables de quelque 29 milliards de dollars. Pour les établissements de soins stationnaires en Suisse, on estime le nombre de décès attribuables à des erreurs à 1700 (Sécurité des patients Suis-

se, non daté). Comme dans l'exemple de Kimberley H., les erreurs de médication font partie des événements critiques indésirables les plus fréquents, qui représentent également une charge financière supplémentaire pour le système de santé (Kohn et al., 2000; Lepori, Perren & Marone, 1999).

«Des trous dans le fromage»

Des gestes incertains et des erreurs pouvant entraîner dans le cadre d'un processus de traitement des événements critiques avec ou sans dommage pour les patients sont bien illustrés par le «modèle du fromage suisse» de James Reason (2000). Il montre que souvent plusieurs systèmes de défense ou bar-

«Afin d'améliorer la gestion du phénomène, un engagement interprofessionnel est nécessaire aux niveaux de la pratique, de la formation et de la recherche.»

Les auteurs

Cornel Schiess, BScN, RN, assistant scientifique, Institut des sciences infirmières appliquées (IPW-FHS), FHS St.Gall. Contact: Tel. +41 (0)71 226 15 27, E-Mail: cornel.schiess@fhsg.ch

David Schwappach, Prof. Dr., MPH, responsable recherche et développement, secrétaire général adjoint Sécurité des patients Suisse.

René Schwendimann, PD Dr., RN, responsable du centre Sécurité des patients, Université de Bâle.

Andrea Kobleder, Mag., RN, collaboratrice scientifique, Institut des sciences infirmières appliquées (IPW-FHS), FHS St.Gall.

Beate Senn, Prof. Dr. phil, RN, directrice de l'Institut et responsable de projet, Institut des sciences infirmières appliquées (IPW-FHS), FHS St.Gall, Research Affiliate, Sidney Nursing School, University of Sidney, Sidney, Australia. Marie-Claire Baumann a apporté son soutien aux auteurs pour la rédaction de cet article.



Un événement indésirable ou une erreur peut avoir des répercussions à long terme.

rières de sécurité (tranches de fromage) sont en échec avant même que le patient ne subisse des dommages.

Les événements dus à des erreurs sont source de stress pour les personnes impliquées (Schwappach et al., 2010). Considérer de manière systémique la survenue de l'erreur en lien avec le phénomène de la «seconde victime» (lire encadré p. 66) peut permettre une réflexion et une nouvelle appréciation de l'événement selon le modèle de stress de Lazarus (2005). Une nouvelle appréciation de l'erreur ou de l'événement stressant est possible d'une part par une modification des ressources disponibles (p.ex. soutien par des personnes expérimentées) et d'autre part en fonction du succès des stratégies de coping mises en place. Ainsi par exemple, une analyse systémique des erreurs à l'aide du protocole de Londres (Taylor-Adams & Vincent, 2007) peut avoir comme «effet secondaire» de soulager les collaborateurs concernés. Le résultat de l'analyse peut être une nouvelle appréciation de l'événement critique qui reconnaît qu'une

Maîtriser le stress

Stratégies de coping

Dans le cadre d'un travail de bachelor réalisé à la HES bernoise, dix études en lien avec le phénomène des «secondes victimes» ont été examinées. Les résultats de ces études ont ensuite été classés en fonction des stratégies de coping de la «Ways of Coping Scale».

- Assumer la responsabilité: c'est la stratégie de coping la plus souvent nommée (81,2%). Il s'agit de parler ouvertement de l'événement, de s'expliquer et de s'excuser et d'envisager la manière d'éviter de telles erreurs.
- Rechercher un soutien social: cette stratégie vient en seconde place (72,9%). Parler de l'événement est un élément-clé et il importe de le faire dans le contexte professionnel, avec ses collègues, plutôt que dans la sphère privée.
- Résolution de problèmes planifiée: (59,6%). Toutes les actions mises en place pour éviter qu'une erreur

se répète sont considérées comme constructives. Il s'agit «d'apprendre des erreurs».

- Auto-contrôle émotionnel: utilisé dans 46.4% des cas. Les professionnels essaient de ne pas se sentir coupables, car cela risque de les bloquer dans leur travail.
- Fuite/évitement: environ un tiers des personnes disent recourir à cette stratégie. Cependant, les personnes qui ne reconnaissent pas leur erreur risquent de souffrir d'un stress intense.
- Distanciation: cette dernière stratégie est la moins fréquente (22.5%). Essayer d'oublier, faire comme si de rien n'était ne saurait être une bonne attitude pour maîtriser la situation.

Extrait de l'article de Simone Ding et Barbara Rügsegger «Aus dem Teufelskreis ausbrechen», version intégrale en allemand, page 12. Références dans la version numérique (reader.sbk.asi.ch).



Définition

Le phénomène et sa fréquence

Les erreurs n'ont pas uniquement des conséquences sur les patients («première victime», dans l'exemple ci-dessus, Kaia), mais également sur les professionnels de la santé impliqués («secondes victimes», Kimberley H. dans notre exemple) et les institutions («troisièmes victimes», ici le Seattle Children's Hospital) (Seys et al., 2013a). La notion de «seconde victime» introduite en 2000 par Albert Wu a été définie pour la première fois de manière précise et sous l'angle interprofessionnel par Scott et al. (2009). Il en ressort les aspects suivants :

- Des événements indésirables, des erreurs médicales, ainsi que d'autres dommages infligés aux patients peuvent engendrer le phénomène de la «seconde victime».
- Le phénomène de la «seconde victime» est caractérisé par la responsabilité personnelle et le traumatisme.
- Les «secondes victimes» sont en proie à des sentiments d'échec et doutent de leurs capacités et de leurs connaissances.

Bien que l'exemple de Kimberley H. puisse sembler extrême, le phénomène est répandu et significatif en regard de la faillibilité humaine. L'avis des experts reflété ici est qu'il faut miser aujourd'hui sur une espérance de vie très élevée et que les professionnels de la santé peuvent être concernés par le phénomène à tout moment de leur exercice professionnel. Les personnes en formation et les étudiants, ainsi que les professionnels en début de carrière représentent une population vulnérable et peu prise en compte jusqu'ici (Wu & Steckelberg, 2012). Schwappach et al. (2010) écrivent : «Pratiquement chaque jeune femme et chaque jeune homme qui débute aujourd'hui dans une activité clinique ou soignante sera très certainement impliqué un jour dans une erreur sérieuse et sera en proie à de fortes réactions.»

collaboratrice ou un collaborateur est le dernier maillon d'une accumulation complexe et imbriquée de faiblesses latentes du système et qu'elle/il n'est pas seul responsable de l'événement.

Cette évolution vers une approche systémique en cas de faillibilité humaine va de pair avec un changement de culture au niveau de la gestion du risque clinique. Renoncer à l'approche centrée sur la personne et la culture du «Name-Shame-Blame» permet de passer d'une gestion du risque réactive à une gestion du risque clinique proactive (Reason, 2000). Celle-ci a pour objectif, en impliquant les professionnels de la santé concernés, par exemple en recourant à un système de signalisation des erreurs (p.ex. CIRS) d'identifier les faiblesses latentes du système tels des «trous dans le fromage», d'optimiser les procédures, resp. de «combler les trous».

Conséquences

Les «secondes victimes» comme Kimberley H. sont choquées par les conséquences de leurs erreurs sur les «First Victims» et peuvent être touchées tant dans leur vie professionnelle que privée. (Seys et al., 2013a). Schwappach et al. (2010) mentionnent également des conséquences à long terme et le fait que les personnes concernées ressentent des angoisses, de la honte et de l'humiliation et doivent lutter avec des émotions telles que culpabilité et repentir, frustration et colère, doute et sentiment d'incapacité, isolement et solitude. Ces symptômes peuvent avoir des conséquences à long terme et entraîner des troubles post-traumatiques, burnout ou dépression. L'apparition de tels troubles de santé, de même que leur gravité, est influencée d'une part par la gestion des erreurs au niveau de l'institution, l'acceptation de l'erreur commise, le niveau de formation et d'autre part par l'âge, le sexe et l'expérience professionnelle (Seys et al., 2013a; Cramer, Foraita & Habermann, 2012; Schwappach et al., 2010; Sirriyeh, Lawton, Gardner & Armitage, 2010).

Mécanismes de coping

La stratégie de coping la plus souvent utilisée après la survenue d'une erreur est la recherche de soutien social, c'est-à-dire une forme de coping basée sur les émotions. Un changement de pratique peut également être une stratégie de coping orientée sur les problèmes, qui peut

être tant constructive (p.ex. efforts accrus pour augmenter la qualité) que destructive (p.ex. éviter des patients similaires). La négation de sa propre responsabilité, la minimisation de l'importance ou encore la distanciation émotionnelle sont d'autres mécanismes de coping, problématiques ceux-là. Malgré ces processus de coping individuels principalement orientés sur les problèmes et les émotions, la littérature décrit un modèle de reconstruction en six étapes («Six stages of emotional recovery») qui débouche sur trois finalités possibles : «quitter», «survivre» et «changement positif». Le principal défi au cours du processus de coping consiste à «se pardonner soi-même» (Seys et al., 2013ab; Schwappach et al., 2010).

Soutien actif

L'exemple tragique de Kimberley H. ainsi que les données scientifiques montrent que les «secondes victimes» ont besoin d'un soutien actif (Lewis, Baernholdt & Hamric, 2013; Cramer et al., 2012; Schwappach et al., 2010). Les «secondes victimes» se sentent souvent livrées à elles-mêmes et peu soutenues. Par peur, elles ne parlent souvent pas de l'erreur, ce qui rend plus difficile le soutien social souhaité. Une culture d'organisation qui pratique un feedback constructif (ne demande pas «c'était qui?» mais plutôt «que s'est-il passé?») peut contribuer à réduire les effets négatifs auprès des personnes concernées (Seys et al., 2013b; Schwappach et al., 2010).

Don Berwick (cité par Seys et al., 2013a), ancien directeur de l'Institute for Healthcare Improvement à Boston, rappelle le

«Parmi les symptômes les plus fréquents, on relève sentiments de culpabilité, colère, pleurs incontrôlés, troubles du sommeil et de la concentration.»



Pouvoir compter sur le soutien de ses pairs est indispensable.

devoir éthique à l'égard du personnel, qui consiste à soutenir les collègues. De la même manière, les institutions sont tenues, d'un point de vue d'éthique de l'organisation, d'assister les «secondes victimes». Cela notamment parce que des réactions dues au stress des «secondes victimes» risquent de mettre à nouveau en danger la sécurité des patients en raison d'une baisse des performances (von Laue, Schwappach & Hochreutener, 2012).

A l'heure actuelle, de nombreuses institutions du domaine de la santé ne sont pas préparées à soutenir systématiquement les «secondes victimes» et réagissent plutôt de manière destructive. Dans l'idée d'un coping centré sur les problèmes des «secondes victimes» et de l'amélioration qualitative de l'organisation, l'implémentation de stratégies visant à éviter de tels événements peut être efficace (Seys et al., 2013b; Schwappach et al., 2010).

Peer-Support

Un principe d'organisation de première importance est la mise à disposition rapide de soutien par les pairs immédiatement après l'événement critique. Cela permet au moins d'offrir une première aide sur le plan émotionnel; le peer-support est une forme de soutien collégial auquel on attribue une grande importance, bien que la disponibilité des col-

lègues à y prendre part soit limitée (Seys et al., 2013b; Lewis et al., 2013; Schwappach et al., 2010; Sirriyeh et al., 2010).

En plus de cette forme de soutien directement applicable, des systèmes de soutien à moyen et long terme doivent être mis en place. A ce propos, il existe sur le plan international des approches et modèles qui contiennent par exemple des phrases-clefs telles que «ça a dû être difficile. Tu es OK?» afin de faciliter la communication avec les «secondes victimes» ou mettre en évidence la suite des mesures de soutien. Celles-ci vont d'une première aide sur le plan émotionnel par les collègues à un soutien thérapeutique professionnel (Seys et al., 2013ab).

En Suisse, Sécurité des patients Suisse propose des brochures avec recommandations à l'intention des personnes concernées, des collègues et des cadres.

Constat et perspectives

Afin d'améliorer la gestion du phénomène important et complexe des «secondes victimes», un engagement interprofessionnel est nécessaire aux niveaux de la pratique, de la formation et de la recherche.

Dans la pratique, le phénomène de la «seconde victime» devrait être considéré comme faisant partie de la responsabilité interprofessionnelle. Pour cela, il s'agit d'encourager le soutien mutuel entre collègues, et les institutions sont

tenues de créer des structures favorables.

Au niveau de l'apprentissage et de la formation, la faillibilité humaine et donc le phénomène de la «seconde victime» ainsi que les aspects liés à la culture de la sécurité devraient être davantage intégrés dans les cursus et enseignés de manière interprofessionnelle.

Des données valables et fiables sont nécessaires pour une évolution future. Pour cette raison, le Centre national de compétences pour les soins basés sur des données probantes swiss EBN (www.fhsg.ch/swissebn) de la Haute école de santé de Saint-Gall, en collaboration avec Sécurité des patients Suisse et l'Hôpital universitaire de Bâle, est en train de développer un instrument utilisable de manière interprofessionnelle dans la pratique, la formation et la recherche. Celui-ci a pour but de saisir l'expérience et le soutien reçu par les «secondes victimes». Les connaissances ainsi générées permettront à l'avenir, d'une part de constater les conséquences des erreurs sur les «secondes victimes» et de les quantifier, d'autre part de développer de manière systématique le soutien de leur coping. ■



Vous trouverez la liste des références dans la version numérique (reader.sbk-asi.ch). Les références ainsi que des informations complémentaires peuvent également être obtenues auprès de cornel.schiess@fhsg.ch