Un anesthésiste se suicide après une erreur médicale
le 02 avril 2010 à 07h45 , mis à jour le 02 avril 2010 à 16h03
Un anesthésiste de l'hôpital de Montpellier, qui avait reconnu une erreur médicale ayant conduit début janvier à la paralysie d'une enfant de quelques mois, a mis fin à ses jours.

Le médecin seconde victime

René Amalberti

Cette présentation emprunte beaucoup, avec son autorisation, au livre sous presse d'Eric Galam chez Springer : L'erreur médicale, le burnout, et le soignant
Sortie en librairie début d'année 2012
Springer : Collection Progrès en sécurité des soins

Un problème d'une taille insoupçonnée

1. **Wu A. Medical error: the second victim. BMJ 2000**
   - Le médecin qui commet une erreur a besoin d'aide
   - « En l'absence de mécanismes pour guérir, les médecins trouvent des moyens dysfonctionnels de se protéger. Ils répondent souvent à leurs propres erreurs par la colère et la projection du blâme, et peuvent agir de manière défensive, blâmer le patient ou d'autres membres de l'équipe de soin. La détresse s'intensifie face à une poursuite juridique. En fin de compte quelques médecins sont profondément blessés, perdent leur nerfs, entrent en burn our, ou cherchent la consolation dans l'alcool… ce nombre inclut certains de nos collègues les plus réfléchis et sensibles, peut-être les plus susceptibles de souffrir de leurs propres erreurs»

2. **Scott 2009 *Qual Saf Health Care***
   - 31 médecins volontaires interrogés sur leur vécu comme secondes victimes de leurs propres erreurs : problèmes psychologiques importants (souvenirs envahissants et obsédants, difficulté à reprendre confiance, à se remettre à travailler, difficulté à obtenir de l'aide).
   - comparables à un syndrome post traumatique dont l'évolution historique est assez prévisible.
   - une intervention plus rapide et plus efficace de l'environnement professionnel peut réduire significativement cette évolution

3. **Sirriyeh 2011 *Qual Saf Health Care***
   - Revue de question sur les répercussions psychologiques des erreurs pour les médecins et la façon de les gérer. 24 papiers pertinents, études solides.
   - Touche 1 médecin sur 2 qui a un événement où il est clairement impliqué dans sa pratique
   - Tous les papiers convergent pour souligner les graves répercussions de l'erreur médicale chez ceux qui les ont commises : mauvaise image de soi, doute, anxiété

Les défenses habituelles: Trois mécanismes de déni pour se protéger (Wu)

- **La négation de l'erreur : 20%** La médecine est un art complexe, et l'erreur n'est qu'un jugement externe

- **L'atténuation de sa responsabilité: 50%** les erreurs sont dues à des circonstances indépendantes de la volonté : système bureaucratique, la responsabilité des supérieurs ou des subalternes, complexité de la maladie ou le comportement du patient, obligation de travailler aux marges et même de manière inadéquate.

- **La distanciation. 30%**Tout le monde fait des erreurs », « j'ai fait du mieux que j'ai pu ». Encouragées par les collègues et les supérieurs.

Des conséquences néfastes pour le patient

1. **Augmentation secondaire du taux d'erreurs**
   - Dans 55% des cas, l'exercice devient plus dangereux dans les mois qui suivent l'épisode difficile
   - La prudence excessive et la peur produisent des comportements à risques

2. **Bascule dans la médecine défensive**
   - Toujours préjudiciable au patient, Werner, 2005, Bismark 2006, Studdert, 2007; Thomas, 2010,
   - Massachussetts Medical Society 2008) : part "défensive" de 838 médecins dans leurs pratiques. 20% à 30% des examens d'imagerie sont prescrits principalement dans le but de protéger le médecin. Coût 281 millions de dollars (note : 1,1 milliards pour les hospitalisations inutiles) dans le seul Etat du Massachussetts.

   - Studdert & al 2005, JAMA Questionnaire 824 médecins, en moyenne plus de 10 ans d'expérience clinique, en Pennsylvanie, un des états connus pour avoir le plus de plaintes des patients. 626 médecins reconnaissent des pratiques défensives, surtout après des évènements qu'ils ont eu dans un passé récent, qui réduisent leur offre médicale dans 42% des cas, et pourrait encore plus la réduire dans l'avenir (49%). 59% demandent des tests qu'ils savent inutiles (avec un pic record pour les urgentistes 70%), 52% reconnaissent envoyer le patient pour avis à des collègues alors qu'ils connaissent déjà la réponse (avec un pic en obstétrique), et 33% reconnaissent prescrire plus que nécessaire des médicaments, et recommander des indications chirurgicales par excès.

   - 2011, étude UK menée par compagnie d'assurance auprès de 670 sociétaires. 71% des médecins reconnaissent une pratique défensive pour éviter les plaintes. Ils prescrivent plus d'examens, modifient leurs habitudes de prescription, évitent certaines procédures. 49% des répondants ont déjà été confrontés à une plainte, 11% ont eu une conclusion défavorable après les enquêtes, plus de 50% ont estimé que ces conclusions étaient injustifiées et 64% ont modifié leur pratique. La compagnie développe une argumentation pour prouver que la médecine défensive ne diminue pas le risque de poursuite et pourrait même l'augmenter.
     MPS :http://www.medicalprotection.org/uk/casebook-january-2011/On-the-defensive

   - En France, programme FHF 2010 : Lutte contre les opérations chirurgicales superflues
     - Analyse par région du nombre d'appendicectomies, d'opérations de la cataracte ou du canal carpien, rapporté à la population. Dans quelques régions, les indications dépassent de 50 % la moyenne nationale, alors que, dans le territoire voisin, il est… inférieur de moitié à cette moyenne.
     - Pour les drains transtympaniques, l'écart va de 10 % à 150 % de la moyenne.
     - Ces différences, a priori non expliquées par l'état de santé de la population, se retrouvent aussi pour la chirurgie du cancer de la prostate.
     - Un responsable de la FHF souligne par exemple qu'une radiographie du crâne pour un enfant tombé de vélo n'est pas logique ; soit il n'y a pas de complication et elle ne sert à rien, soit il y en a et elle ne suffit pas. Pourtant, on continue d'avoir plus de 900 000 radiographies du crâne par an.

LES FACTEURS DU RISQUE

Une distance émotionnelle perdue en surface

1. La culture médicale est une barrière au dévoilement.
2. Les soignants formés à se mettre à distance émotionnelle de leurs patients par l'empathie : comprendre et reconnaître ce que votre patient ressent sans investissement personnel.
3. Avec le temps, de nombreux professionnels de santé deviennent experts dans leur capacité à supprimer leur capacité à ressentir, et la compassion qui avait initialement attiré les soignants vers le soin est remplacée par une compétence professionnelle détachée.
4. Ce processus d'engourdissement émousse la capacité des soignants à ressentir l'impact émotionnel que les effets indésirables ont sur les patients, leurs familles et surtout sur eux-mêmes.
5. De plus, si un dévoilement ou une excuse sont offerts, le soignant détaché peut manquer de l'authenticité qui est critique durant ce type de conversation. Le manque d'authenticité est immédiatement perçu et érode rapidement l'élément crucial qu'est la confiance entre le patient, ses familles et le soignant.

van. Peer. Qual Saf Health Care 2008

Une parole impossible

La peur du regard des autres bien avant la peur judiciaire

Wu 2000 BMJ:

- « Étrangement, il n'y a aucun endroit pour les erreurs dans la médecine moderne…. Les patients, qui ont un besoin compréhensible de considérer leurs médecins comme infaillibles, se sont entendus avec les médecins eux-mêmes pour nier l'existence de l'erreur.
- Les hôpitaux réagissent à chaque erreur comme une anomalie, pour laquelle la solution est de blâmer un individu, avec la promesse que « ça ne se reproduira jamais plus.
- Paradoxalement, cette approche a détourné l'attention pour la recherche d'améliorations systématiques qui pourraient diminuer des erreurs.

Que vont dire les collègues?

1. **Christensen, J. Gen Int. Med, 1992**
   – Difficile d'obtenir une opinion honnête d'un autre médecin, la plupart des médecins ne voulant pas être perçus par leurs collègues comme en position de jugement, peut-être parce qu'ils craignent des jugements semblables pour eux-mêmes
   – Le plus souvent, les discussions avec les collègues sont centrées sur les problèmes et la façon de les comprendre et les prévenir. Ces discussions n'abordent pas les émotions dont l'expression auprès des collègues est vécue comme menaçante et non aidante. L'étendue avec laquelle ils échangent avec les collègues est dépendante du degré de compétitivité engendré par la formation médicale

2. **WU BMJ 2000**
   – Sympathie sans conditions et appui rarement reçus. Il y a à la fois une norme de non-critique et une réassurance qualifiée de mesquine venant des collègues.
   – Même lorsque des erreurs sont discutées aux conférences de morbidité et de mortalité, on examine les faits médicaux plutôt que les sentiments du patient ou du médecin

3. **Hevia Emerg. Med 2003**
   – L'expression des émotions autour de l'erreur relève plutôt du conjoint ou des amis que des collègues. Pourtant, c'est la discussion avec les collègues qui est la plus souhaitée parce qu'ils connaissent les problématiques et sont aptes à porter des jugements compétents.

4. **Sexton BMJ 2000**
   – 25% du personnel médical ne se sent pas encouragé à rapporter des soucis de sécurité dans son hôpital et 33% seulement estime que les erreurs avaient été convenablement gérées. La réputation personnelle (76%) et la menace de poursuite (71%) ont été généralement rapportées comme barrières pour reconnaître ou discuter des erreurs par le personnel en soins intensifs.

5. **Sirriyeh 2011 *Qual Saf Health Care***
   – les chirurgiens affectés et s'efforçant de faire mieux après une erreur, ont plus de chance de recevoir du soutien que ceux qui étaient orgueilleux et défensifs.

Accompagner les secondes victimes

1. **Scott , QSHC, 2010 : les faits:**
   - sans appui émotif immédiat à la suite d'un tel événement, le rétablissement et la satisfaction de carrière future du soignant peut être compromis,
   - s'il est convenablement géré, l'important impact des événements cliniques défavorables peut être atténué et conduire à un rétablissement émotionnel
   - comme c'est le cas dans les urgences médicales où une équipe d'intervention rapide de praticiens expérimentés peut éviter la détérioration ou la mort du patient, une équipe spécifique ayant la connaissance et l'expérience du soutien aux cliniciens dans la phase aigue du traumatisme émotionnel pourrait intervenir et améliorer de manière significative le rétablissement du clinicien

2. **Schwappach, Swiss Led wkly 2008**
   - peu d'études ontévalué l'efficacité des interventions de soutien au personnel face aux erreurs.
   - La plus achevée : Missouri, 2008: Quand un appui a été offert, il s'agissait d'un collègue (35% des cas), de supérieurs (29%), d'une autre personne (14%), d'un membre de la famille (13%) ou d'un ami proche (10%).
     Dans 22% de cas, meilleure solution: interruption institutionnelle de la participation à l'environnement de soin juste après un événement pour permettre à la deuxième victime de se reconstruire avant de reprendre les soins aux patients.
   - 20% souhaitent l'instauration d'une culture non blâmante, 15% l'information des soignants sur l'investigation des événements indésirables et le phénomène de la seconde victime, 13% le suivi systématique des événements indésirables, 10% la garantie qu'une équipe de support interne est disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, 10% la garantie d'un suivi prévisible pour la seconde victime dans les suites d'un événement, 8% une stricte confidentialité et 2% des soins individuels basés uniquement sur les besoins de la seconde victime.

1. **Exigences générales des programmes de soutien**
   - Refléter les circonstances locales et la culture de chaque établissement
   - Être disponibles pour tous les cliniciens et membres du personnel.
2. **Qui aide?**
   - les programmes gagnants sont les programmes d'assistance par les pairs (individuels ou en groupe) et les consultations psychologiques et psychiatriques.
   - Les cliniciens qui ont une expérience personnelle de la façon de faire face à un événement défavorable, de bonnes qualifications de communication, et sont appréciés et respectés par leurs pairs, sont des ressources valables.
   - Les critères de choix d'intervention par les pairs ou d'utilisation des services de santé mentale doivent être précisés
3. **Qui est bénéficiaire**
   - tous : cliniciens ou non
   - Ne pas préjuger de ce qui constitue ou pas un événement « défavorable ».
   - Prêter une attention particulière aux cliniciens impliqués dans les discussions de révélation et d'excuses après les événements défavorables
   - Préciser le degré et les critères de pro-activité du programme pour s'adresser, si nécessaire, même à ceux qui ne le demandent pas
4. **Quand**
   - Le plus tôt possible

Différents programmes d'aide existent déjà

A L 'étranger

- Missouri Baptist Medical Center St. Louis, USA: ligne téléphonique anonyme. Durant une période de 3 ans, le nombre d'incidents rapportés a augmenté de manière substantielle de 35 à 125 pour 1000 journées d'hospitalisation. Le pourcentage de déclarations non anonymes est passé de 30% à 61% et le pourcentage de rapports fait par une personne impliquée dans l'évènement est passé de 7 à 14%.
- Brigham and Women's Hospital, Boston, Equipe de soutien par les pairs : PST (Peer Support Team 2004) Les pairs volontaires sont formés individuellement et en groupes, à prodiguer les premiers soins émotionnels. Ils sont capables d'écouter, reconnaître et soutenir les collègues en face à face et d'orienter ceux qui le nécessitent vers le deuxième niveau de prise en charge.
  Disponible et immédiatement accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, ce service est confidentiel et aucun dossier n'est conservé. Tout en étant officiellement soutenu par l'institution, il en est totalement indépendant.
- McGill Montreal MUHC « Pour vous » 2009 , dispositif 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (24/7 fondé sur une intervention rapide à la demande,
  - Niveau 1 premier secours émotionnel au niveau local, suffisants pour 60% des cas. Il s'adresse de manière proactive aux secondes victimes potentielles pour s'assurer qu'elles vont « bien » juste après un événement clinique critique et proposer surveillance et soutien émotionnel immédiat à celles qui le nécessitent. Il implique les collègues volontaires formés (51 membres)
  - Niveau 2 conseils et consolidation pour les deuxièmes victimes précédemment identifiées. Il est susceptible de répondre aux besoins de 30% additionnels parmi les deuxièmes victimes. Relèvent de pairs, particulièrement qualifiés
  - Niveau 3 : accès rapide à l'appui par des professionnels du counselling (psychiatres, psychologues, assistants sociaux, aumôniers). 10% des deuxièmes victimes.
- Kaiser Permanente, USA, 2004 Hotline ouverte à tous les professionnels, EAP (EAP : Employee Assistance Program) : conseils, du débriefing, des consultations, du counseling en face à face, de l'adressage, et de la coordination éventuelle avec l'aumônerie ou les services sociaux de l'établissement.
- Hôpital d'enfants de Boston, 2004 OCS : Office of Clinician Support, proche du programme Kayser : endroit sûr où les cliniciens peuvent exprimer leurs soucis, organiser et évaluer leurs pensées, prendre conscience de leurs sentiments, et prendre des décisions. Il fournit un soutien pour diminuer le stress et améliorer les soins et aide les soignants à comprendre ce à quoi ils font face.
- MITSS (Medically Induced Trauma Support Services, Boston, 2002 (déjà cité) Les patients au secours des soignants : www.mitss.org MITSS 2002
- Le Schwartz center : http://www.theschwartzcenter.org
  Développé pour favoriser des soins de santé compatissants qui donnent espoir aux patients, appui aux familles et aux soignants pour aider au rétablissement des soignants après leur expérience d'événements défavorables sérieux.
- Programme d'aide au médecins du Québec
- Et encore bien d'autres en milieu Anglo saxon, UK, Canada, Nord de l'Europe

Plusieurs systèmes en cours de déploiement en France

- **AAPML 0 826 004 580 www.aapml.fr Fondée en 2004 l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML) a mis sur pied depuis 2005, un numéro de téléphone dédié aux professionnels de santé en difficulté psychologique dans l'exercice de leur profession. Grâce à des fonds publics, à un soutien institutionnel et par l'intermédiaire d'un prestataire spécialisé dans la gestion des troubles psycho-sociaux (Société PSYA) un numéro de téléphone (0826 004 580), non surtaxé, dédié aux médecins libéraux, permet aux appelants, en tout anonymat, d'avoir accès à une psychologue clinicienne 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Cinq appels successifs sont possibles.**

- **GROUPE PASTEUR MUTUALITE : Consultation de Prévention www. souffrancedusoignant.fr comporte outre un forum, nombre d'informations utiles et une actualisation des données disponibles**

- **CELLULE ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS P3S : 0810 455 455 (du lundi au vendredi de 9h à 20 h prix d'un appel local Réservée aux anesthésistes**

- **IMHOTEP Haute-Normandie 06 98 38 27 76 imhotep@gmail.com site : http://imhotephn.blogspot.com**
  BP 11 366 76179 Rouen Cedex 1

- **MOTS 0608 282 589 anagramme de Médecin Organisation Travail Santé a été créée en juin 2010 par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Haute-Garonne**

Le besoin d'être écouté

Waterman, 2007, Jt Comm J Qual Pat Saf

- Le besoin exprimé par les médecins relève avant tout de l'échange avec les confrères (groupes de pairs ou groupes Balint).
- Parler et être écouté par les collègues apporte réassurance et réaffirmation professionnelle et semble jouer un rôle essentiel pour surmonter l'expérience de l'erreur et en tirer des conclusions constructives.
- Les personnes concernées doivent souvent se battre pour trouver du support.

- 90% des médecins estiment que l'hôpital et le système de santé ne les soutiennent pas correctement pour assumer le stress lié à l'erreur médicale.
- De plus, les médecins qui percevaient leurs institutions comme non soutenantes étaient 4 fois plus nombreux à ressentir du stress après une implication dans une erreur médicale.
- Dans le même temps, bien que 82% des médecins se soient déclarés intéressés par du counseling après l'apparition d'une erreur, ils étaient ambivalents vis à vis de la recherche de ce support et formulaient un certain nombre de réticences à en chercher, telles que les contraintes de temps ou la confidentialité.`
- Plus d'un tiers estimaient que prendre du temps sur le travail pour le counseling était difficile (43%). Ils ne croyaient pas que cela pourrait les aider (35%), étaient inquiets que ce qui serait dit durant le soutien ne soit pas gardé confidentiel s'ils étaient mis en cause sur le plan juridique et craignaient que les données soient inscrites dans leur dossier (34%).
- De plus, 23% craignaient que le fait de bénéficier de counseling puisse faire augmenter le prix de leur assurance responsabilité professionnelle et 18% craignaient d'être jugés négativement par les collègues.

Newman, Arch Med 1996: Comme en miroir, l'apport de l'aide au collègue n'est pas si évidente.

- 30 médecins confronté au décès d'un patient et impliquant un collègue
- Seuls 32% auraient offert un soutien inconditionnel, 68% auraient offert un support au collègue uniquement s'il était un ami ou un collaborateur proche et uniquement s'il le demandait explicitement. S'ils étaient eux-mêmes impliqués dans le cas hypothétique, 53% médecins auraient voulu entendre que faire des erreurs est acceptable et ne pas être rejetés par leurs pairs.

Pour aller plus loin
E. Galam Springer 2012

MERCI, QUESTIONS?