HAL open science

Les erreurs médicales en pratique vétérinaire Animaux de compagnie

Leïla Assaghir

To cite this version:

Leïla Assaghir. Les erreurs médicales en pratique vétérinaire Animaux de compagnie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04120097

HAL Id: dumas-04120097

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04120097

Submitted on 7 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Oniris - Ecole Nationale Vétérinaire de Nantes, Agroalimentaire et de l'Alimentation

---

ANNEE 2023 - Thèse n°9

LES ERREURS MEDICALES EN PRATIQUE VETERINAIRE ANIMAUX DE COMPAGNIE

THÈSE

pour l'obtention du diplôme d'État de

DOCTEUR VETERINAIRE

présentée et soutenue publiquement devant

l'UFR de Médecine de l'Université de Nantes

le 02 mai 2023

par

Leïla ASSAGHIR

Sous la direction de
Juan Hernandez

Président du jury : Madame Leïla MORET, PU-PH au CHU de Nantes

Membres du jury : Monsieur Juan HERNANDEZ, professeur associé à Oniris

Monsieur Jean-Michel CAPPELIER, professeur à Oniris

ONIRIS - ECOLE NATIONALE VETERINAIRE, AGROALIMENTAIRE ET DE L'ALIMENTATION
Site de la Chantrerie
Route de Gachet
44307 Nantes Cédex 3

Oniris - Ecole Nationale Vétérinaire de Nantes, Agroalimentaire et de l'Alimentation

---

ANNEE 2023 - Thèse n°9

LES ERREURS MEDICALES EN PRATIQUE VETERINAIRE ANIMAUX DE COMPAGNIE

THÈSE

pour l'obtention du diplôme d'État de

DOCTEUR VETERINAIRE

présentée et soutenue publiquement devant

l'UFR de Médecine de l'Université de Nantes

le 02 mai 2023

par

Leïla ASSAGHIR

Sous la direction de
Juan Hernandez

Président du jury : Madame Leïla MORET, PU-PH au CHU de Nantes

Membres du jury : Monsieur Juan HERNANDEZ, professeur associé à Oniris

Monsieur Jean-Michel CAPPELIER, professeur à Oniris

ONIRIS - ECOLE NATIONALE VETERINAIRE, AGROALIMENTAIRE ET DE L'ALIMENTATION
Site de la Chantrerie
Route de Gachet
44307 Nantes Cédex 3

Liste des enseignants-chercheurs et enseignants d'Oniris
à la date du 1er janvier 2023

Département BPSA Biologie, Pathologie et Sciences de l'Aliment		
Responsable : **Emmanuel JAFFRES** – Adjointe : **Frédérique NGUYEN**		
Nutrition et Endocrinologie		
Pharmacologie et Toxicologie	Jean-Claude DESFONTIS (Pr) Yassine MALLEM (Pr) Hervé POULIQUEN (Pr)	Antoine ROSTANG (MC) Meg-Anne MORICEAU (CERC) Martine KAMMERER (PR émérite)
Physiologie fonctionnelle, cellulaire et moléculaire	Jean-Marie BACH (Pr) Lionel MARTIGNAT (Pr) Julie HERVE (MC HDR) Grégoire MIGNOT (MC)	Solenn GAVAUD (CERC)
Histologie et anatomie pathologique	Marie-Anne COLLE (Pr) Jérôme ABADIE (MC)	Laetitia JAILLARDON (MC) Frédérique NGUYEN (MC)
Pathologie générale, microbiologie et immunologie		
Biochimie alimentaire industrielle	Carole PROST (Pr) Joëlle GRUA (MC)	Clément CATANEO (MC) Alix KHALIL (MC) Laurent LE THUAUT (MC)
Microbiotech	Hervé PREVOST (Pr) Géraldine BOUE (MC) Nabila HADDAD (MC) Emmanuel JAFFRES (MC)	Mathilde MOSSER (MC) Boris MISERY (MC) Raouf TAREB (MC) Quentin PRUVOST (CEC)
PACENV = VET1	Eléonore BOUGUYON (PRAG) Nicolas BROSSAUD (PRAG)	

Département SAESP Santé des Animaux d'Elevage et Santé Publique		
Responsable : **Raphaël GUATTEO** – Adjoint : **Jean-Michel CAPPELIER**		
Elevage, nutrition et santé des animaux domestiques	Nathalie BAREILLE (Pr) François BEAUDEAU (Pr) Christine FOURICHON (Pr) Lucile MARTIN (Pr)	Juan Manuel ARIZA CHACON (MC) Ségolène CALVEZ (MC HDR) Aurélien MADOUASSE (MC) Nora NAVARRO-GONZALES (MC)
Infectiologie	Alain CHAUVIN (Pr) François MEURENS (Pr) Emmanuelle MOREAU (Pr) Nathalie RUVOEN-CLOUET (Pr)	Albert AGOULON (MC) Suzanne BASTIAN (MC) Léa LOISEL (AERC) Kenny OBERLE (MC) Nadine RAVINET (MC)
Médecine des animaux d'élevage	Catherine BELLOC (Pr) Christophe CHARTIER (Pr) Raphaël GUATTEO (Pr) Anne RELUN (MC)	Sébastien ASSIE (MC) Isabelle BREYTON (MC) Mily LEBLANC MARIDOR (MC) Maud ROUAULT (AERC)
Hygiène et qualité des aliments	Jean-Michel CAPPELIER (Pr) Louis DELAUNAY (CERC) Bruno LE BIZEC (Pr) Marie-France PILET (Pr)	Fanny RENOIS-MEURENS (MC HDR) Sofia STRUBBIA (MC)

Département DSC Sciences cliniques		
Responsable : **Catherine IBISCH** – Adjoint : **Marion FUSELLIER**		
Anatomie comparée	Eric BETTI (MC) Claude GUINTARD (MC) Margarida RIBEIRO DA SILVA NEUNLIST (MC)	
Pathologie chirurgicale et anesthésiologie	Eric AGUADO (Pr) Olivier GAUTHIER (Pr) Eric GOYENVALLE (MC HDR)	Pierre MAITRE (MC) Caroline TESSIER (MC) Gwénola TOUZOT-JOURDE (MC) Claire DEFOURMSTRAUX (MC)
Dermatologie, parasitologie des carnivores et des équidés, mycologie	Jacques GUILLOT (Pr) Emmanuel BENSIGNOR (Pr Ass)	Sabrina VIEU (AERC)
Médecine interne, imagerie médicale et législation professionnelle vétérinaire	Anne COUROUCE (Pr) Jack-Yves DESCHAMPS (Pr) Françoise ROUX (Pr) Juan HERNANDEZ-RODRIGUEZ (Pr Ass) Nora BOUHSINA (MC)	Nicolas CHOUIN (MC) Amandine DRUT (MC) Marion FUSELLIER-TESSON (MC HDR) Catherine IBISCH (MC) Aurélia LEROUX (MC) Odile SENECAT (MC)
Biotechnologies et pathologie de la reproduction	Jean-François BRUYAS (Pr) Françis FIENI (Pr)	Djemil BENCHARIF (Pr) Lamia BRIAND (MC HDR)

Département GPA Génie des procédés alimentaires		
Responsable : **Sébastien CURET-PLOQUIN** – Adjointe : **Vanessa JURY**		
Lionel BOILLEREAUX (Pr) Sébastien CURET-PLOQUIN (Pr) Marie DE LAMBALLERIE (Pr) Francine FAYOLLE (Pr) Michel HAVET (Pr)	Alain LEBAIL (Pr) Olivier ROUAUD (Pr) Kévin CROUVISIER-URION (MC) Vanessa JURY (MC HDR) Emilie KORBEL (MC)	Jean-Yves MONTEAU (MC HDR) Eve-Anne NORWOOD (MC) Raphaël PORYLES (MC) Laurence POTTIER (MC) Cyril TOUBLANC (MC)
PAC-ING	Cyril Gaillard (PCEA)	

Département MSC Management, statistiques et communication		
Responsable : **Samira ROUSSELIERE** – Adjointe : **Véronique CARIOU**		
Mathématiques, statistiques, informatique	El Mostafa QANNARI (Pr émérite) Chantal THORIN (Pr Ag) Evelyne VIGNEAU (Pr)	Véronique CARIOU (Pr) Benjamin MAHIEU (MC) Michel SEMENOU (MC)
Economie, gestion, législation	Jean-Marc FERRANDI (Pr) Pascal BARILLOT (MC) Ibrahima BARRY (MC) Florence BEAUGRAND (MC)	Sibylle DUCHAINE (MC) Sonia MAHJOUB (MC) Samira ROUSSELIERE (MC) Christophe PAPINEAU (Ens. Cont.)
Langues et communication	Marc BRIDOU (PLPA) David GUYLER (Ens. Cont.) Nathalie GOODENOUGH (PCEA) Patricia JOSSE (Ens. Cont.)	Shaun MEEHAN (Ens. Cont.) Linda MORRIS (PCEA) Ian NICHOLSON (ENS. Cont.)

Pr Ag : Professeur Agrégé, Pr : Professeur, MC : Maître de Conférence, MCC : MC contractuel,
PLPA : Professeur Lycée Professionnel Agricole, PCEA : Professeur Certifié Enseignement Agricole,
HDR : Habiliter à Diriger des Recherches, CERC : Chargé d'Enseignement et de Recherche Contractuel, Ens. Cont. : Enseignant Contractuel

La reproduction d'extraits est autorisée avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé. Cette thèse devra donc être citée comme suit :

ASSAGHIR, L. (2023). Les erreurs médicales dans la pratique vétérinaire animaux de compagnie. Thèse de doctorat vétérinaire. Nantes : école nationale vétérinaire, agroalimentaire et de l'alimentation Nantes-Atlantique.

Le défaut de citation est considéré comme du plagiat. Ce dernier est puni par la loi française et passible de sanctions allant jusqu'à 3 ans d'emprisonnement et 300 000€ d'amende.

Remerciements

A la professeure Leïla Moret,

Merci de me faire l'honneur, et l'exception, de votre présence dans ce jury, que je n'aurais pas pu imaginer sans vous. Vous m'avez permis de découvrir le sujet il y a trois ans puis m'avez accompagnée dans sa maturation, et la mienne. J'espère par le présent travail vous faire honneur en retour.

Au professeur Juan Hernandez,

Merci tout d'abord de l'intérêt que vous portez à ce sujet de thèse qui ne fait que démontrer, s'il le fallait encore, votre engagement pour la profession. Merci également de m'avoir accompagnée dans la construction de ce travail. Pour vos corrections, votre patience, votre rigueur et vos qualités humaines, je vous suis très reconnaissante.

Au professeur Jean-Marc Cappelier,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Votre double casquette de praticien et expert du risque ne peut qu'apporter des commentaires précieux et utiles. Merci également pour votre disponibilité et conseils pendant ces années d'étude. J'aspire à transmettre avec autant d'aisance que vous la gestion des risques.

Aux vétérinaires et auxiliaires ayant participé à cette enquête,

Merci pour votre confiance. Vous m'avez donné un matériau riche, intime, empreint de sincérité. J'espère que ce travail pourra vous aider à vous sentir moins seul face aux erreurs et vous donner quelques clés pour sécuriser les soins.

Table des matières

INTRODUCTION **19**

SECTION I – LES ERREURS MEDICALES DU QUOTIDIEN **29**

I. METHODOLOGIE D'ETUDE 31
A. Saisir le quotidien des erreurs *31*
1. Choix d'un protocole transversal 31
2. Précision de la temporalité 31
3. Favoriser la récupération des souvenirs épisodiques 32
B. Caractérisation des erreurs *33*
1. Types de classifications 34
2. Méthode de classification choisie : choix des critères 37
C. L'analyse de contenu thématique *42*
II. DETECTION DES ERREURS PAR LES SOIGNANTS 45
A. Accueil de l'exercice *45*
1. Un accueil essentiellement positif 45
2. De rares réactions négatives 45
B. Nombre de témoignages *46*
C. L'absence de témoignage d'erreurs *47*
III. RESULTATS : CARACTERISATION DES ERREURS DU QUOTIDIEN 51
A. ACT pour le type d'acte *51*
1. Choix du type de codage 51
2. Hypothèse thématique 51
3. Étiquetage 53
4. Consolidation des thèmes 53
B. Les types d'actes associés aux erreurs *58*
1. Distribution générale 58
2. Les erreurs administratives 61
C. Type de problème *63*
1. Problèmes liés à l'utilisation d'un produit 63
2. Problèmes liés à la réalisation d'une procédure 67
D. Nature des écarts *70*
1. Quelques violations 70
2. Evitabilité 72
3. Récurrence 73
E. Nature et gravité de l'atteinte *74*
1. Nature 74
2. Gravité 76
IV. SYNTHESE ET DISCUSSION 81
A. Synthèses des principaux résultats *81*
1. Types d'actes 81
2. Types de problèmes 81
3. Nature des écarts 81
4. Atteinte 81
B. Comparaison à la littérature *82*
1. Les limites à la comparaison 82
2. Des conclusions 82
C. Discussion *83*
1. Favoriser la perception des erreurs 83
2. Construire des défenses en profondeurs 84
3. Limiter les erreurs médicamenteuses 86
4. La checklist pour lutter contre les erreurs 86

SECTION II : LE VECU 89

I. L'IMPACT A COURT TERME DE L'ERREUR 92
A. Méthode 92
B. Les émotions quotidiennement vécues 93
1. La culpabilité : émotion prédominante 94
2. La frustration en seconde place 95
3. La honte en troisième place 95
4. Un cocktail d'émotions 95
5. Émotions neutres 95
6. Émotions primaires 96
C. Les émotions, liées à la gravité 97
1. Le nombre 97
2. Des émotions fortement accrues par la mort 97
3. Des émotions indépendantes de la gravité 98
4. L'indifférence augmentée en l'absence de conséquences 98
II. DES ERREURS QUI MARQUENT 99
A. Caractéristiques des erreurs qui marquent 99
1. Nombre de témoignages 99
2. Influence de l'âge 99
3. Types d'actes 100
4. Problèmes liés à une procédure 103
5. Problèmes liés à un produit 105
6. Nature de l'écart 106
7. Récurrence 107
8. Atteinte 107
B. L'impact émotionnel 109
C. Facteurs influençant l'expérience de l'erreur d'après les soignants 111
1. Méthode 111
2. Étiquetage et consolidation 111
3. Description des thèmes 112
4. Proportions des motifs 119
III. SYNTHESE ET DISCUSSION 125
A. Synthèse des principaux résultats 125
1. Le ressenti émotionnel au quotidien 125
2. Les facteurs influençant l'impact de l'erreur 125
B. Limiter l'impact des erreurs sur les soignants 126
1. Considérer l'impact des erreurs sur les soignants 126
2. Un vigilance accrue avec la gravité des erreurs 127
3. Limiter la culpabilité 128
4. Lutter contre les peurs 129
5. De nombreuses autres mesures possibles 130

SECTION III : CULTURE DE SECURITE 133

I. COMMENT EVALUER LA CULTURE DE SECURITE ? 135
A. Comprendre la culture de sécurité 135
1. L'approche théorique de la culture de sécurité 135
2. L'approche pratique de la culture de sécurité 137
B. Conception du questionnaire 142
1. Utilisation des questionnaires préexistants 142
2. Des contraintes à considérer dans la conception du questionnaire 143
3. Sélection des dimensions 144
II. CULTURE INDIVIDUELLE DE SECURITE 147
A. La priorité accordée à la sécurité par les soignants 147
1. Une priorité absolue 147
2. Sacrifice 147
3. Motifs de violations 148
B. La perception des erreurs 154
C. Annonce au client 155
1. L'erreur essentiellement dissimulée 155

2. Les raisons de la dissimulation ... 157
D. Intérêt de la formation continue ... 164
III. CULTURE D'EQUIPE DE SECURITE ... 167
A. Perception de l'impact du travail d'équipe sur la sécurité des soins ... 167
B. Gestion des événements indésirables au sein de l'équipe ... 168
C. Culture juste ... 169
D. Liberté d'expression dans l'équipe ... 170
1. Parler des erreurs dans l'équipe ... 170
2. Parler de ses erreurs avec les collègues ... 171
3. Parler des erreurs des collègues ... 173
4. Conclusion sur la liberté de parole dans les équipes ... 174
IV. CULTURE ORGANISATIONNELLE DE SECURITE ... 177
A. Évaluation quantitative de la culture de sécurité organisationnelle ... 178
1. Perception générale de la sécurité ... 178
2. Priorité accordée à la sécurité ... 180
B. Évaluation de la sécurité organisationnelle selon l'échelle de Hudson ... 181
1. Réponses obtenues ... 181
2. Apport de l'étude selon l'échelle de Hudson ... 182
3. Méthode d'analyse des résultats ... 183
4. Maturité de la culture organisationnelle de sécurité ... 184
5. Une différence marquée de perception de la maturité en fonction du du statut ... 189
V. DISCUSSION ET PROPOSITIONS ... 191
A. Synthèse des résultats ... 191
1. Perception générale du niveau de sécurité ... 191
2. Perception des erreurs ... 191
3. Priorité ... 191
4. Culture juste ... 191
5. Liberté d'expression ... 191
6. Gestion des événements indésirables ... 192
7. Intérêt de la formation continue ... 192
8. Communication au public ... 192
B. Limite et portée de l'étude ... 193
1. Une étude subjective avec des biais ... 193
2. Un diagnostic utile ... 195
C. Discussion et propositions ... 197
1. En finir avec la culture fataliste ... 197
2. D'une culture de métier à une culture intégrée ... 199
3. Abaisser le gradient d'autorité ... 203
4. Annoncer les dommages liés aux soins ... 205

CONCLUSION ... 207

BIBLIOGRAPHIE ... 209

ANNEXES ... 225

Annexe 1 : Stratégie de distribution du questionnaire et nombre de réponses obtenues sur la période de mise en ligne (du 01 avril 2021 au 31 mai 2021).
Annexe 2 : Illustrations des parcours de soins utilisés dans le questionnaire pour stimuler le rappel des erreurs.
Annexe 3 : Modèle conceptuel de l'ICPS, développé par l'OMS. Extrait de OMS, 2009.
Annexe 4 : Comparaison des méthodes de classification des erreurs dans la littérature vétérinaire.
Annexe 5 : mail anonymisé reçu le vendredi 23 avril 2021 en réponse à l'invitation à participer à l'enquête
Annexe 6 : Témoignages exclus de l'analyse car ne concernant pas un petit animal de compagnie
Annexe 7 : Données socio-démographiques des répondants.
Annexe 8 : Synthèse des résultats de l'étude de Kogan (2018) sur l'impact personnel et professionnel des presqu'accidents et événements indésirables sur les vétérinaires
Annexe 9 : Détail des verbatims des écarts qui ne semblent pas involontaires.

Annexe 10 : Construction des questions pour évaluer la culture de sécurité pour chaque dimension.
Annexe 11 : Détail des questions du questionnaire pour évaluer la culture de sécurité.
Annexe 12 : Triangle d'or ou triangle des contraintes illustrant les relations entre sécurité, contraintes et ressources.
Annexe 13 : Détail des réponses pour chaque question évaluant la culture de sécurité organisationnelle en fonction du métier et du statut.
Annexe 14 : Modèle de maturité de la culture HSE (Keil Centre), extrait de ICSI (2017).
Annexe 15 : Quinze recommandations à mettre en place dans la pratique vétérinaire AC à partir des observations de cette thèse.

Table des illustrations

Tableau I : Comparaison synthétique des méthodologies de classification des erreurs dans la littérature vétérinaire, p36.
Tableau II : Illustration de la difficulté à classer les verbatims selon la typologie de Reason à travers 4 exemples, p39.
Tableau III : Échelle de gravité utilisée dans cette étude, inspirée de la classification ICPS, p40.
Figure 1 : Logigramme décrivant le raisonnement pour déterminer la nature de l'atteinte, p40.
Figure 2 : Synthèse et illustrations par trois exemples des critères retenus pour caractériser les erreurs, p41.
Tableau IV : Méthode utilisée pour déterminer les différents critères à partir des verbatims, p43.
Figure 3 : répartition du nombre de témoignages par répondant dans l'échantillon, p46.
Figure 4 : Boxplot du pourcentage d'erreurs témoignées par rapport aux tâches réalisées, p47.
Tableau V : Pourcentage de l'échantillon ayant témoigné une erreur en fonction du parcours, p47.
Figure 5 : Influence du métier sur le nombre de réponses données par les soignants, p48.
Figure 6 : Influence du sexe sur le nombre de réponses données par les soignants, p49.
Figure 7 : Influence de l'expérience sur le nombre de réponses données par les soignants (représentation en boxplot), p49.
Tableau VI : Comparaison des types d'actes étudiés dans la littérature vétérinaire et dans l'ICPS, p51.
Tableau VII : Étiquetage du type d'actes à partir des verbatims, p53.
Tableau VIII : Thèmes consolidés relatifs au type d'acte, p56.
Figure 8 : Synthèse du modèle conceptuel suivi dans cette étude et méthode de codage associée pour déterminer chaque critère, p57.
Figure 9 : Pourcentages des types généraux d'actes témoignés en fonction du métier, p58.
Figure 10 : Pourcentages des types détaillés d'actes témoignés en fonction du métier, p59.
Figure 11 : Boxplot de l'expérience des soignants par types d'actes témoignés, p60.
Figure 12 : Pourcentages des types d'actes témoignés en fonction du sexe, p61.
Figure 13 : Pourcentages des types d'actes administratifs témoignés sur l'ensemble des erreurs administratives, p61.
Figure 14 : Pourcentages des types de problèmes liés à un produit témoignés sur l'ensemble des erreurs liées à l'usage d'un produit, p64.
Figure 15 : Pourcentages des types de problèmes liés à un produit témoignés par type d'acte, p66.
Tableau IX : Définition des types de problèmes liés à une procédure, p67.
Figure 16 : Pourcentages des types de problèmes liés à une procédure sur l'ensemble des erreurs liées à une procédure, p67.
Figure 17 : Pourcentages des types de problèmes liés à une procédure par type d'acte lié à une procédure, p69.
Figure 18 : Répartition des violations et indisciplines par type d'acte, p71.
Figure 19 : Répartition de l'évitabilité des écarts témoignés estimée par les répondants, p72.
Figure 20 : Récurrence estimée par les répondants des écarts témoignés, p73.
Figure 21 : Récurrence estimée par les répondants des écarts témoignés en fonction du type d'acte, p74.

Figure 22 : Répartition de la nature des atteintes, p74.
Figure 23 : Répartition de la nature des atteintes par type d'acte, p76.
Figure 24 : Répartition de la gravité des atteintes, p77.
Figure 25 : Répartition des types d'actes en fonction de la gravité des atteintes, p77.
Figure 26 : Répartition de la gravité des atteintes pour chaque type d'actes, p80.
Figure 27 : Modèle de l'impact des erreurs sur les soignants, d'après Galam (2011), p89.
Tableau X : Dyades d'émotions à partir des émotions primaires, d'après Plutchik (1965), p92.
Tableau XI : Séquence d'événement liés au développement d'une émotion adaptée de Plutchik (1965), p93.
Tableau XII : Distribution de participants en fonction du nombre d'émotions témoignées, p94.
Figure 28 : Distribution des émotions témoignées en pourcentage, p94.
Figure 29 : Distribution des émotions primaires déterminées à partir des émotions témoignées en se basant sur le modèle de Plutchik, p96.
Figure 30 : Nombre d'émotions témoignées en fonction de la gravité, p97.
Figure 31 : Répartition de la gravité des erreurs associées aux émotions ressenties sur le nombre de répondants, p97.
Figure 32 : Boxplot de l'expérience actuelle et au moment de l'erreur des répondants, ainsi que de l'antériorité de l'erreur pour la totalité de l'échantillon et pour les soignants ayant plus de 5 ans d'expérience, p100.
Figure 33 : Pourcentages des types d'actes marquants témoignés en fonction du métier, p100.
Figure 34 : Comparaison des pourcentages des types d'actes marquants et des types d'actes quotidiens en fonction du métier, p101.
Figure 35 : Pourcentages des types d'actes marquants témoignés en fonction du sexe, p102.
Figure 36 : Boxplot de l'expérience par type d'acte marquant, p103.
Figure 37 : Pourcentages des types de problèmes liés à une procédure sur l'ensemble des erreurs marquantes liées à une procédure, p103.
Figure 38 : Pourcentages des types de problèmes liés à une procédure par type d'acte lié à une procédure pour les témoignages d'erreurs marquantes, p104.
Figure 39 : Pourcentages des types de problèmes liés à un produit sur l'ensemble des erreurs marquantes liées à un produit, p105.
Figure 40 : Pourcentages des types de problèmes liés à un produit par type d'acte lié à un produit pour les témoignages d'erreurs marquantes, p105.
Figure 41 : Répartition de l'évitabilité estimée par les répondants des écarts marquants, p106.
Figure 42 : Récurrence des erreurs marquantes témoignées, p107.
Figure 43 : Gravité des erreurs marquantes témoignées, p108.
Figure 44 : Distribution des émotions ressenties lors d'erreurs marquantes et lors d'erreurs du quotidien, p109.
Tableau XIII : Construction par codage enraciné des thèmes liés aux déterminants de l'impact d'une erreur sur le soignant, p111.
Figure 45 : Répartition des motifs marquants dans l'échantillon, p119.
Figure 46 : Répartition des motifs marquants en fonction du métier, p120.
Figure 47 : Répartition des motifs marquants en fonction du sexe, p121.
Figure 48 : Répartition des motifs marquants dans l'échantillon par tranche d'âge, p121.
Figure 49 : Répartitions de la gravité avérée et du motif « conséquences effectives pour le patient » dans l'échantillon par tranche d'âge, p122.

Figure 50 : Différence entre les pourcentages d'événements ayant entraîné le décès et le pourcentage de déclarants invoquant le motif « gravité effective » par tranche d'âge, p123.
Figure 51 : Pourcentages de culpabilité ressentie, pourcentages de culpabilité invoquée comme motif marquant, et différence entre ces deux pourcentages, p124.
Tableau XIV : Définition des niveaux de maturité de culture de sécurité définis par Hudson, p139.
Tableau XV : Dimensions de la sécurité étudiées par niveaux, p145.
Figure 52 : Cadre conceptuel de la culture de sécurité étudiée dans cette étude, p146.
Figure 53 : Priorité accordée à la sécurité par les soignants en fonction de leur métier et statut, p147.
Figure 54 : Violations de la sécurité en fonction de la priorité accordé par les soignants, p148.
Figure 55 : Violations de la sécurité en fonction du métier et statut des soignants, p148.
Tableau XVI : Construction par codage enraciné des thèmes liés aux motifs de violations, p149.
Figure 56 : Distribution des motifs de violations de la sécurité en fonction du métier et statut des soignants, p153.
Figure 57 : Distribution des motifs de violations de la sécurité en fonction de la priorité accordée à la sécurité, p153.
Figure 58 : Distribution des motifs de violations de la sécurité en fonction de la fréquence d'atteinte à la sécurité, p154.
Figure 59 : Pourcentages de soignants estimant absolument ou plutôt travailler leurs erreurs en fonction du métier et statut, p155.
Figure 60 : Pourcentages de soignants ayant caché l'erreur au client en fonction de la gravité avérée de cette erreur, p156.
Figure 61 : Pourcentages de soignants ayant caché l'erreur au client en fonction du sexe et de l'expérience, p156.
Figure 62 : Pourcentages de soignants ayant caché l'erreur au client en fonction du métier, p157.
Tableau XVII : Construction par codage enraciné des thèmes liés aux raisons de la dissimulation de l'erreur au client, p157.
Figure 63 : Distribution des motifs de dissimulation des erreurs aux clients par gravité, p162.
Figure 64 : Distribution des motifs de dissimulation des erreurs aux clients en fonction du métier et du sexe, p163.
Tableau XVIII : Synthèse de l'influence du métier et du sexe sur les motifs de dissimulation des erreurs aux clients, p164.
Figure 65 : Proportion de la prise en compte des erreurs dans le choix de la formation continue en fonction du statut et métier, p165.
Figure 66 : Proportion de la fréquence d'altération de la sécurité des soins par le travail en équipe perçue en fonction du statut et métier, p167.
Figure 67 : Proportion des soignants percevant leur équipe comme se concentrant davantage sur le problème plutôt que sur l'individu en fonction du statut et métier, p168.
Figure 68 : Proportion des soignants percevant leurs collègues comme positifs vis-à-vis de leurs erreurs en fonction du statut et métier, p169.
Figure 69 : Proportion des soignants percevant leurs collègues comme négatifs vis-à-vis de leurs erreurs en fonction du statut et métier, p170.
Figure 70 : Proportion des soignants percevant leurs collègues comme indifférents à leurs erreurs en fonction du statut et métier, p170.

Figure 71 : Proportion des soignants estimant la parole libérée dans leur équipe en fonction du statut et métier, p171.
Figure 72 : Proportion des soignants se sentant à l'aise avec l'ensemble de leurs collègues pour parler de leurs erreurs en fonction du statut et métier, p171.
Figure 73 : Proportion des soignants se sentant à l'aise avec certains de leurs collègues, mais pas tous, pour parler de leurs erreurs en fonction du statut et métier, p172.
Figure 74 : Proportion des soignants ne se sentant à l'aise avec aucun de leurs collègues pour parler de leurs erreurs en fonction du statut et métier, p173.
Figure 75 : Proportion des soignants pouvant discuter avec leurs collègues lorsque ces derniers commettent une erreur, en fonction du statut et métier, p173.
Tableau XIX : Synthèse sur la libération de la parole dans les équipes en fonction du métier et du statut, p174.
Figure 76 : Synthèse de la libération de la parole au sein des équipes perçue par les soignants, en fonction du statut et métier, p174.
Figure 77 : Pourcentages de notes attribuées sur la sécurité des soins, p178.
Figure 78 : Pourcentages de confiance accordée par les soignants à leur structure pour y faire soigner leur animal, p179.
Figure 79 : Pourcentages de la perception des soignants des violations de la sécurité au sein de leur structure pour réaliser davantage d'activité, p180.
Figure 80 : Pourcentages de la perception des soignants de la récurrence des problèmes de sécurité au sein de leur structure, p181.
Figure 81 : Distribution de la priorité accordée à la sécurité par la structure, perçue par les soignants en fonction de leur métier et statut, p182.
Figure 82 : Pourcentage des niveaux de maturité de la culture de sécurité organisationnelle par dimension selon l'échelle d'Hudson, p184.
Figure 83 : Niveaux de maturité de la culture de sécurité organisationnelle par dimension, p185.
Figure 84 : Connaissance de méthodes ou outils de sécurité des patients en fonction du métier et statut, p187.
Figure 85 : Freins identifiés par les soignants pour améliorer la sécurité dans leur structure, p187.
Figure 86 : Besoins identifiés par les soignants pour améliorer la sécurité dans leur structure, p189.
Figure 87 : Profils de la culture de sécurité organisationnelle en fonction du métier et du statut, p189.
Figure 88 : Différences de perception de la culture de sécurité organisationnelle entre les populations, p190.
Figure 89 : Boxplots du temps de saisie en minutes pour les 479 réponses, et en enlevant les valeurs extrêmes supérieures à une heure, p194.

Table des abréviations et sigles

AC : Animaux de Compagnie
ACT : Analyse de Contenu Thématique
ASV : Auxiliaire Spécialisée Vétérinaire
CHUV : Centre Hospitalier Universitaire Vétérinaire
CNOV : Conseil National de l'Ordre des Vétérinaires
EI : Événement Indésirable
EIAS : Événement Indésirable Associé aux Soins
ENEIS : Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables Graves liés aux Soins
GDR : Gestion des Risques
HAS : Haute Autorité de Santé
ICPS : Classification Internationale pour la Sécurité du Patient (ICPS)
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
Pr : Professeur
RGPD : Règlement général sur la protection des données

Introduction

Comment être un bon vétérinaire ? Il s'agit sûrement de la question qui taraude tout étudiant dès son entrée en école et qui le poursuit toute sa carrière ensuite. A partir d'un socle solide de connaissances, il acquiert de l'expérience, forge sa technique, et maintient ses savoirs à jour pour évaluer des symptômes, envisager l'ensemble des hypothèses d'un diagnostic différentiel, tenir compte des spécificités des différentes espèces et races, choisir et mener l'examen complémentaire adéquat, réaliser avec assurance le bon geste technique, maîtriser la pharmacologie…

« Une formation scientifique solide et à la pointe des connaissances »[1] ne suffit pas. Le vétérinaire évolue dans un environnement complexe comprenant des contraintes financières, des défis de communication et une charge émotionnelle forte[2]… Au-delà de la technique et de la médecine, les clients attendent du vétérinaire une bonne relation client, un professionnalisme hors pair et un engagement sans faille pour son métier et le bien-être animal[3].

Pour répondre à cette double exigence, la formation vétérinaire, initiale[4] et continue[5], a intégré un panel de formations aux compétences non techniques en plus des compétences médicales. En pratique, le vétérinaire s'attèle donc à développer l'ensemble de ces compétences pour exercer « son art selon les règles de bonnes pratiques professionnelles »[6].

En dépit de tous ces efforts et de la bonne volonté engagée, il arrive que le vétérinaire échoue et fasse plus de mal que de bien. Le philosophe Ivan Illich fût le premier en 1974 à donner un nom au potentiel de nuisance de la médecine : la iatrogénie. « Propos de théoricien »[7], elle correspond pourtant à une réalité : les erreurs médicales. *Errare humanum est,* les vétérinaires n'échappent pas à la règle. Il suffit pour s'en convaincre de lire les journaux ou d'ouvrir les réseaux sociaux. Les recherches sur ce thème permettent d'objectiver trois constats : l'erreur n'est essentiellement abordée que sur le plan juridique, perçue comme un défaut de compétences techniques et suscite une réaction agressive du public.

---

[1] https://www.oniris-nantes.fr/etudier-a-oniris/les-formations-veterinaires/formation-initiale-veterinaire/les-atouts-de-la-formation/
[2] Armitage-Chan et al., 2016.
[3] Ashworth et al., 2017.
[4] Annexe de l'arrêté ministériel du 20 avril 2007 relatif aux études vétérinaires
[5] Art. R242-33 XII du Code rural et de la pêche maritime et Art. 7 de l'arrêté du 13 Mars 2015 relatif aux catégories d'établissement de soins vétérinaires
[6] Article 5242-33 du Code rural et de la pêche maritime relatifs aux devoirs généraux du vétérinaire du code de déontologie
[7] Husson, 2005.

Les résultats des moteurs de recherche questionnent les recours possibles contre les vétérinaires[8] et les conditions de l'indemnisation[9]. Bien que les vétérinaires ne soient tenus que d'une obligation de moyens, la limite entre l'erreur et la faute semble floue[10], de plus en plus interrogée[11] et sujet de méprise au sein de la profession[12,13].

Dans la presse spécialisée vétérinaire, les erreurs sont majoritairement abordées sur le plan technique. Si « l'erreur du millénaire de la médecine vétérinaire »[14] concernerait une erreur d'appréciation des mesures de lutte contre la dysplasie de la hanche chez le chien, chaque discipline[15] alerte sur les erreurs qui lui sont propres et forme[16] à les éviter. Les connaissances et les compétences seraient donc l'antidote des erreurs médicales.

Les éviter est un enjeu d'autant plus grand que les clients sont de plus en plus virulents face aux erreurs. Les vétérinaires n'échappent pas à la tendance à la judiciarisation établie dans la société. Ils sont également exposés et jugés par le *tribunal du net*[17]. Les témoignages d'erreurs médicales ne manquent pas sur les avis Google des cliniques, réseaux sociaux[18] et forums[19]. Certains tournent au lynchage[20]. Récemment, « l'affaire Kékette » fait l'objet d'un véritable tapage. Un chaton présumé femelle est amené pour une stérilisation. Une laparotomie est réalisée et le vétérinaire aurait sectionné les uretères, avant de se rendre compte qu'il s'agit en fait d'un chat mâle. Si les testicules sont finalement retirés, le mal est fait. Le vétérinaire cache son erreur au client et le chaton décède finalement dix jours après. Les propriétaires lancent une pétition[21], relayée sur les réseaux sociaux, ayant recueilli près de 35 000 signatures pour condamner les « erreurs vétérinaires non sanctionnées ». Cette affaire, parmi d'autres, illustre la confusion entre l'erreur et la faute, le rejet d'une médecine faillible qui va de pair avec des exigences de plus en plus élevées, et l'incompréhension face aux erreurs : comment le vétérinaire « n'a[-t-il] pas su vérifier le sexe d'un chat de six mois »[22] ? La seule explication des erreurs perçue par le public est l'incompétence ou la maltraitance

---

[8] https://anipassion.com/autres/conseils/3848-negligence-erreur-de-diagnostic-peut-on-porter-plainte-contre-un-veterinaire
[9] Pouliquen, 2017.
[10] Penneau, 1972.
[11] De Granvilliers-Lipskind, 2020.
[12] Richard, 2020.
[13] Diaz, 2010.
[14] Kammerer, 2000.
[15] De nombreux articles présentant des erreurs classiques dans une discipline donnée existent dans la presse spécialisée vétérinaire. Pour n'en donner que trois exemples : Zeltzman, 2012. Trumel et Levieuge, 2012. Soetart, 2020.
[16] https://afvac.com/les-formations/7
[17] Trouillet, 2015.
[18] https://www.tiktok.com/@cidan.and.haldo/video/7149528540730363141
[19] https://www.60millions-mag.com/forum/vie-quotidienne/clinique-veterinaire-incompetente-t102337.html
[20] https://www.change.org/p/crov-centre-victime-d-un-vétérinaire-incompétent-justice-pour-shiny-décédée-trop-tôt
[21] https://www.mesopinions.com/petition/animaux/stop-aux-erreurs-veterinaires-sanctionnees-depens/199783
[22] https://www.tiktok.com/@clochette.andcie/video/7187344564598951174

de vétérinaires désengagés, traitant les animaux comme des « portefeuilles » et non comme des êtres vivants.

Pourtant, les vétérinaires exercent leur métier par vocation[23] avec un investissement extrême au point de négliger leur propre santé. C'est ce que souligne la récente enquête sur la santé psychologique des vétérinaires[24] menée par le professeur Truchot à la demande du Conseil National de l'Ordre des Vétérinaires et de l'association Vétos-Entraide. Si les clients craignent les erreurs, les vétérinaires en ont au moins tout aussi peur puisqu'elles sont le premier facteur associé aux idéations suicidaires, le second associé à l'épuisement émotionnel et dans une moindre mesure à la qualité du sommeil. A la différence d'autres professions de santé pour lesquelles la crainte porte essentiellement sur les conséquences judiciaires de l'erreur, la peur chez les vétérinaires porte sur les répercussions directes de l'erreur envers le patient du fait d'un sentiment de responsabilité accru vis-à-vis de l'animal et des propriétaires. L'erreur n'est donc pas le simple résultat d'une incompétence ou d'un manque d'investissement ou de soucis du bien-être des animaux.

Alors comment expliquer les erreurs médicales ? En 1999, le célèbre rapport « To Err is Human »[25] confronte la médecine humaine à cette question en disposant que l'erreur est simplement humaine. En s'inspirant d'autres industries à risque, telles que le nucléaire ou l'aviation, les erreurs sont pour la première fois abordées au-delà du prisme de la faute, du défaut de compétence, des complications ou de l'aléa. Ce rapport définit l'erreur comme un « échec d'une action prévue ou l'utilisation d'un plan erroné pour atteindre un objectif ». Elle n'est jamais volontaire, à la différence de l'indiscipline ou de la violation, et résulte d'interactions entre les limitations cognitives d'un soignant et l'environnement qui influence ses décisions[26]. Les erreurs ne sont plus imputées à un opérateur mais perçues comme le résultat de défaillances humaines et organisationnelles.

Dans cette vision systémique, l'erreur n'est plus le problème principal. Les événements indésirables sont souvent « une erreur humaine intégrée dans un amalgame complexe d'actions et d'interactions, de processus, de relations d'équipe, de communications, de comportement humain, de technologie, de culture organisationnelle, de règles et de politiques, ainsi que la nature de l'environnement d'exploitation. »[27] Exhorter les soignants à être plus prudents, plus compétents ou plus impliqués n'est donc pas suffisant pour assurer la sécurité des soins. C'est le début d'un changement de paradigme, désormais accepté, qui donne naissance à toute une discipline : la sécurité du patient.

[23] Langford, 2009.
[24] Truchot et al., 2022.
[25] Kohn et al., 2000.
[26] Reason, 2013.
[27] OMS, 2021.

La sécurité du patient a pour objectif « la réduction de tout risque de préjudice évitable subi par le patient »[28]. L'enjeu est de taille puisque 44 000 à 98 000 décès par an seraient imputables aux erreurs médicales dans les hôpitaux américains. Malgré les débats sur l'incidence des erreurs et événements indésirables évitables, l'ensemble des instances placent la sécurité du patient comme un enjeu majeur de santé publique[29]. Pour s'améliorer, au-delà des progrès techniques, scientifiques et technologiques, la médecine doit donc sécuriser ce qu'elle sait déjà faire en considérant les défaillances organisationnelles et humaines à l'origine des erreurs, et en adaptant les systèmes pour qu'ils garantissent des comportements plus sûrs.

En médecine vétérinaire, le changement de regard sur les erreurs médicales n'en est qu'à ses balbutiements. En 2014, Catherine Oxtoby publie 15 ans après le rapport « To err is human » un éditorial intitulé « sécurité des patients : l'éléphant dans la pièce »[30]. Elle propose que la même approche développée dans les industries à risque puis en médecine humaine soit introduite en médecine vétérinaire. Cette année marque les premières publications sur la sécurité des soins qui explorent le sujet à la manière de l'épidémiologie :

- descriptive en cherchant à les décrire[31], les quantifier[32] et identifier leurs impacts sur les patients[33] et les soignants[34],
- analytique en cherchant à identifier les causes[35] et facteurs de risques[36][37]
- et évaluative en cherchant à déterminer les outils[38][39] et mesures efficaces[40][41] pour sécuriser les soins.

La pratique se saisit également de la sécurité des patients. En Angleterre tout particulièrement, et dans une moindre mesure aux Etats-Unis, un écosystème d'acteurs se développe autour de cette nouvelle matière. Sociétés savantes[42], assurances[43], congrès[44], cabinets de conseil[45] mettent les projecteurs sur les facteurs organisationnels

[28] https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582468/fr/comprendre-la-securite-du-patient
[29] https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety
[30] Oxtoby, 2014.
[31] Schortz et al., 2022.
[32] Clarke K.W., Hall L.W. (1990). A survey of anaesthesia in small animal practice: AVA/BSAVA report. Journal of the Association of Veterinary Anaesthetists of Great Britain and Ireland, Volume 17, Issue 1, 4-10. ISSN 0950-7817, https://doi.org/10.1111/j.1467-2995.1990.tb00380.x.
[33] Wallis et al., 2019.
[34] White, 2018.
[35] McMillan et Lehnus, 2017.
[36] Oxtoby et al., 2015.
[37] McMillan et Lehnus, 2022.
[38] Kieffer et al., 2017.
[39] Hofmeister et al., 2014.
[40] Waine et Brennan, 2015.
[41] Menoud et al., 2018.
[42] https://knowledge.rcvs.org.uk/quality-improvement/
[43] Waters, 2017.
[44] https://www.bsavalibrary.com/content/book/10.22233/9781913859008#chapters
[45] https://www.vetled.co.uk

et humains. Certains outils comme l'utilisation de la checklist en anesthésie s'inscrivent même dans les recommandations de bonnes pratiques à suivre pour être accrédité[46]. Des groupes structurent leurs démarches en créant des pôles dédiés à la sécurité des soins[47][48].

Si la médecine vétérinaire se saisit donc du sujet des erreurs médicales outre-Manche et outre-Atlantique, le changement de paradigme n'est pas encore arrivé en France. Hormis quelques articles[49,50] et cas cliniques[51] de présentation générale du sujet, et la récente initiative d'un congrès en médecine équine sur le thème du partage des erreurs[52], le sujet n'est pas exploré. Les recherches françaises n'envisagent l'erreur que sur le plan de la technique médicale ou des bonnes pratiques[53]. Les erreurs sont pourtant, tout comme chez nos voisins anglais, une problématique majeure qui fait du mal aux patients, aux soignants[54] et à la profession tout entière[55].

La peur de l'erreur est le premier motif de reconversion pour les vétérinaires ayant quitté la profession dans leurs 5 premières années d'exercice, et le second facteur générant des pensées de reconversion pour ceux encore en exercice. Décès évitables, atteintes réputationnelles, mal-être des soignants, reconversions professionnelles… les raisons de s'intéresser aux erreurs sont donc nombreuses.

L'exploration des erreurs sur le plan technique, médical ou juridique est déjà foisonnante. Sur le plan cognitif, les erreurs font partie du fonctionnement humain générique, objet de pléthore de recherches[56]. Les mécanismes ne sont pas spécifiques à l'activité vétérinaire si bien qu'il ne fait aucun doute que le modèle de l'erreur humaine développé par James Reason trouve à s'appliquer. Les événements indésirables sont le fruit d'une combinaison de plusieurs facteurs : l'erreur patente (ou active) commise par un individu, inévitable, des conditions latentes qui érodent la sécurité du système et stimulent la survenue de l'erreur patente, et des défenses en profondeur, barrières pensées pour récupérer ou atténuer l'erreur, qui peuvent dysfonctionner. Reason utilise une métaphore pour illustrer son propos : celles des agents pathogènes présents dans le corps[57]. Plus le système immunitaire (défense) d'un individu est affaibli (conditions latentes), plus une petite charge virale (erreur patente) peut le rendre malade (événement indésirable).

---

[46] https://ava.eu.com/resources/checklists/
[47]https://bluepearlvet.com/a-word-from-our-chief-medical-officer/we-practice-quality/
[48] https://www.linnaeusgroup.co.uk/medical-and-nursing/clinical-quality
[49] Igoho-Moradel, 2019.
[50] Gagnon, 2019.
[51] https://www.prevention-medicale.org/cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Veterinaire
[52] https://avef.fr/formations/roissy-2023-et-si-nous-partagions-nos-erreurs/
[53] Voir par exemple : Braun et al, 2015.
[54] Truchot et al., 2022.
[55] Babot-Jourdan, 2022.
[56] Read et al., 2021.
[57] Reason, 1988.

Ainsi, on dispose d'une compréhension générale de la pathogénie des erreurs médicales, d'hypothèses par transposition des connaissances de la sécurité des patients en médecine humaine à la médecine vétérinaire, et de quelques compréhensions spécifiques à la pratique vétérinaire. Tout comme il est nécessaire de s'intéresser à l'épidémiologie et la pathologie pour pouvoir comprendre et lutter contre une maladie, il est nécessaire de comprendre les spécificités des erreurs médicales vétérinaires pour pouvoir les prévenir et limiter leurs maux. C'est ce que propose cette thèse : **quelle est la réalité des erreurs médicales dans la pratique vétérinaire ?**

Relation de professionnel à professionnel ou de professionnel à particulier, bien économique ou membre de la famille, exercice seul ou en équipe, la pratique vétérinaire diffère entre les animaux de production, la filière équine et les animaux de compagnie (AC). L'organisation du travail et l'environnement s'en trouvent modifiés si bien qu'il serait grossier de tirer des conclusions à l'échelle de la profession dans sa globalité. Il est donc décidé dans ce travail de ne s'intéresser qu'aux erreurs dans la profession vétérinaire canine, féline et nouveaux animaux de compagnie. L'intérêt est d'autant plus pertinent que les deux enquêtes françaises mentionnant la peur de l'erreur relèvent un impact plus important sur les professionnels exerçant en AC.

Si ce travail se limite à la seule pratique AC, il s'intéresse en revanche à l'ensemble des soignants : secrétaires, auxiliaires, auxiliaires spécialisées, vétérinaires. Trop souvent les erreurs ne sont abordées qu'au niveau d'une profession. Les vétérinaires n'ont pourtant pas le monopole du soin, mais travaillent en équipe interprofessionnelle. L'approche systémique, qui est celle adoptée ici, implique de considérer l'ensemble de l'organisation sans la décomposer de manière abstraite avec les auxiliaires[58] d'un côté et les vétérinaires de l'autre. La réalité des erreurs dans la pratique vétérinaire AC est celle de l'ensemble des soignants vétérinaires[59].

Saisir la réalité des erreurs présente plusieurs intérêts. Le premier est la contribution évidente à la recherche qui demeure maigre en médecine vétérinaire. Le second est la compréhension de l'objet aussi intuitif et commun qu'inexploré et tabou des erreurs médicales en France, qui cristallise un intérêt croissant du public, des juridictions et des soignants. Le troisième est l'enjeu pratique. Phénomène d'actualité mis en exergue par les récentes études sur la sécurité psychologique des vétérinaires et de la profession, les erreurs altèrent non seulement la santé des patients mais également la santé des soignants.

Comprendre le problème des erreurs médicales dans la profession vétérinaire et ses déterminants peut s'aborder d'autant de façons que le sujet est vaste et inexploré.

[58] Le terme d'auxiliaire désigne dans la suite de ce travail aussi bien les auxiliaires spécialisées vétérinaires que les auxiliaires vétérinaires ou les secrétaires, les missions entre les unes et les autres n'étant pas toujours claires et par soucis de lisibilité.

[59] Le terme de « soignant » désigne dans ce travail les vétérinaires et auxiliaires.

L'approche peut être aussi différente que le sujet se situe au croisement des chemins de la médecine vétérinaire, de la cindynique[60], de la psychologie cognitive[61] et du travail[62], de l'ergonomie[63]…

La première influence guidant cette recherche est celle de l'expérimentalisme de Claude Bernard[64] dans le sens qu'elle refuse l'approche dogmatique d'accepter les théories de sécurité des soins existantes en médecine humaine, et de les appliquer sans les éprouver rigoureusement à la médecine vétérinaire. Alors que les erreurs médicales sont peu explorées en médecine vétérinaire, la première étape est à l'observation pour formuler des hypothèses, qu'il conviendra de tester par des expériences. Ainsi, l'objectif de cette étude n'est pas d'établir un modèle de l'erreur généralisable à l'ensemble de la population vétérinaire, ni de valider ou invalider des modèles établis en médecines humaines. Il est d'explorer l'objet, sa place et son impact dans la pratique vétérinaire AC par l'observation et en accordant une attention particulière à la construction des thèmes.

Le pragmatisme[65] est la seconde influence de ce travail. Il offre aux chercheurs en santé la liberté de choisir les meilleures méthodes pour répondre à la question de recherche, permet de s'adapter aux contraintes économiques et temporelles et vise surtout, outre l'apport de connaissances, des implications pratiques[66]. L'approche mixte, combinant des éléments de recherches quantitative et qualitative, est donc particulièrement pertinente pour explorer la complexité des erreurs médicales, à la fois avec profondeur et ampleur[67].

Pour acquérir le matériau de la recherche, à savoir des témoignages d'erreurs médicales de vétérinaires et auxiliaires vétérinaires en exercice clinique AC, le questionnaire autoadministré s'est révélé l'outil le plus adapté pour des raisons pratiques et d'échelle : usage fréquent en médecine[68], génération de vastes jeux de données, à faible coût, facilement, tout en conservant l'anonymat du répondant[69]. S'il comporte des défauts évidents par rapport à ses alternatives, comme le questionnaire assisté, la conduite d'entretiens ou de focus groupes, il est pertinent pour acquérir à la fois des données qualitatives par question ouverte, et des données quantitatives par questions fermées.

---

[60] Étude des risques et des situations dangereuses qui prend en compte les aspects techniques, humains et organisationnels liés à une activité donnée.
[61] Étude scientifique des fonctions cognitives humaines : la mémoire, le langage, les perceptions, le raisonnement, la résolution d'un problème.
[62] Branche de la psychologie qui s'intéresse aux attitudes et comportements humains en rapport avec le travail et au sein des organisations.
[63] Étude scientifique des conditions de travail et des relations entre l'être humain et la machine.
[64] Bernard, 2006.
[65] Dans le sens commun du terme, mais également du courant philosophique pragmatique de James et Pierce, sans pour autant en adopter l'entière philosophie.
[66] Doyle et al., 2009.
[67] Strauss et Corbin, 1998.
[68] Cook et al., 2009.
[69] Gillham, 2008.

La plateforme de questionnaire devait garantir le respect du RGPD, de la confidentialité des données, de l'anonymat tout en disposant d'une interface fluide. L'outil Sphinx Declic[70] utilisé par le département de santé publique du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes répondant à ces critères, il nous a été mis à disposition gracieusement pour réaliser cette enquête.

Obtenir un nombre suffisant de réponses, auprès de cette population exerçant souvent de longues heures, sur ce sujet méconnu et souvent perçu négativement était un enjeu. Une stratégie d'échantillonnage par critère et boule de neige[71] a donc été visée à l'aide d'une distribution multicanale. L'appel à la participation à l'enquête a été relayé au sein de la Newsletter de l'Ordre et par un mailing via la base de données de l'annuaire Roy du groupe 1Healthmedia. Ces deux canaux présentent l'intérêt d'une diffusion à l'ensemble de la profession vétérinaire, et est donc la plus aléatoire. Néanmoins, le taux de réponse est généralement faible[72] et les auxiliaires ne sont pas visés par ces canaux. Pour augmenter le nombre de réponses, la diffusion du questionnaire au sein de groupes particulièrement actifs du réseau social Facebook a été choisie. Bien qu'une large proportion de vétérinaires utilise les groupes Facebook pour communiquer entre pairs, les réponses sont nécessairement biaisées, l'algorithme de présentation des publications n'étant pas aléatoire. La stratégie de distribution et ses résultats sont présentés en annexe 1.

Cette thèse s'organise en trois parties en déclinant la problématique globale. Quelle est la place des erreurs : dans la pratique quotidienne, sur le vécu des soignants, dans la gestion des structures ?

La première section consiste à comprendre l'objet, déterminer ce à quoi les erreurs correspondent en leur donnant corps dans le quotidien des soignants. Si quelques études ont également étudié les symptômes des erreurs, leurs méthodes d'étude reposent sur des analyses rétrospectives qui ne donnent pas à voir la réelle place des erreurs dans le quotidien des soignants. Cette section s'attache donc à diagnostiquer les erreurs du quotidien par une approche transversale et inductive.

Outre les patients, les soignants sont également impactés par leurs erreurs à court et long terme, au point de développer des idéations suicidaires ou de changer de métier. Si l'on perçoit l'impact des erreurs sur les soignants, on comprend peu pourquoi les erreurs les impactent autant. La seconde section s'attelle donc à identifier les déterminants du mal-être des soignants lié aux erreurs.

[70] https://www.lesphinx-developpement.fr/logiciels/sondage-en-ligne-sphinx-declic/
[71] Palinkas et al., 2015.
[72] Gillham, 2008.

Enfin, le tabou des erreurs médicales ne permet pas d'avoir de vision sur les valeurs et comportements qu'ont développés les individus, équipes et structures vétérinaires pour faire face aux erreurs médicales. La troisième section explore donc la culture de sécurité qui règne dans la pratique vétérinaire AC.

SECTION I – Les erreurs médicales du quotidien

Lutter contre les erreurs médicales dans la profession vétérinaire présuppose de connaître l'objet. Dans la littérature vétérinaire, les erreurs sont tantôt décrites comme une défaillance dans le raisonnement[73], tantôt comme un résultat erroné[74]. Quelles sont-elles ? Quel est leur impact ? Qui concernent-elles ? Quand surviennent-elles ?

Si l'on comprend la pathogénie générale des erreurs, une combinaison de défaillances organisationnelles et humaines[75], on ne connait pas l'épidémiologie des erreurs. Quelques publications apportent des éléments de réponses, mais la portée est souvent limitée par la méthodologie de recherche. Par exemple, des études s'appuient sur des dossiers de plaintes aux assurances pour étudier les erreurs mais cette approche ne reflète pas la réalité des erreurs. Non seulement il faut que le propriétaire ait soupçonné une erreur, mais en plus qu'il ait souhaité rechercher la responsabilité du vétérinaire. Alors comment se rapprocher de la réalité des erreurs commises au quotidien dans les structures vétérinaires ?

Face à une nouvelle maladie, l'épidémiologie procède par étapes : détection, investigation puis maîtriser. Les premières étapes cherchent à confirmer l'existence de l'épidémie, définir et répertorier les cas, les décrire dans le temps, les lieux et les personnes touchées, afin de pouvoir établir des hypothèses quant au mode de survenue[76]. Face à un animal malade, le vétérinaire regroupe des symptômes pour caractériser l'atteinte et reconnaître une maladie en se référant à un *corpus* de connaissances[77]. Ces approches, tout comme la démarche expérimentaliste de Claude Bernard[78], accordent une place importante à l'observation. Face aux erreurs dont on a du mal à saisir la substance en dépit de l'intuitive compréhension qu'elles donnent, l'objectif est donc, pour reprendre les mots de Michel Foucault, de transformer le « chaos des symptômes en grammaire des signes ».

C'est cette démarche (I) que nous allons suivre dans cette section afin de poser un diagnostic clinique sur les erreurs médicales dans la pratique vétérinaire AC (II) et proposer des pistes de sécurisation des soins (III).

[73] Moore et Berger, 2016.
[74] Jackson et al., 2011.
[75] Reason, 2013.
[76] Desenclos et al., 2007.
[77] Rousset, 2008.
[78] Bernard, 2006.

I. Méthodologie d'étude

L'objectif de cette section est de saisir la réalité des erreurs médicales vétérinaires dans le quotidien des soignants. Comment faire en pratique pour se rapprocher de la réalité (A) et caractériser les erreurs (B) ?

A. Saisir le quotidien des erreurs

1. Choix d'un protocole transversal

En l'absence de base de données sur les erreurs médicales commises régulièrement dans la profession vétérinaire canine, à l'instar de VetSafe[79] au Royaume-Uni, de la Patient Safety Database[80] ou encore du portail de déclaration des événements indésirables[81] en médecine humaine, il n'est pas possible de mener d'étude rétrospective.

Une étude prospective est une étude longitudinale qui permet d'évaluer l'exposition à un phénomène d'un groupe d'individus selon des critères définis avant le démarrage de l'étude. Une telle approche serait pertinente pour évaluer l'incidence des erreurs et des événements indésirables[82], ce qui n'est pas l'objectif poursuivi. Elle présuppose en plus une méthodologie stricte et l'engagement de vétérinaires et auxiliaires[83], lesquelles s'avéraient compliqués à obtenir du fait de la méconnaissance du sujet, et de la difficulté à dégager un temps suffisant par ces participants dans leur emploi du temps déjà chargé.

Le choix s'est donc porté sur la réalisation d'une étude transversale, qui consiste à étudier la prévalence d'un phénomène et les facteurs de risque sur une population générale à un instant donné. Cette approche est moins objective qu'une étude prospective, et est soumise au biais de mémoire. Néanmoins, la subjectivité s'inscrit dans la logique de l'analyse qualitative puisqu'elle permet de « capturer » un phénomène pour l'étudier et le comprendre dans sa complexité, plus que d'en tirer un modèle général et dynamique.

Ainsi, l'étude transversale invite à témoigner les erreurs récentes commises par le répondant. L'adjectif récent pouvant être interprété différemment (ce mois-ci, cette semaine, aujourd'hui…), il a été décidé de préciser la temporalité.

2. Précision de la temporalité

L'objectif étant d'étudier le quotidien des équipes vétérinaires, une échelle journalière a d'abord été envisagée. La recherche en psychologie cognitive faisant état de 5 à 7 erreurs par heure, se questionner sur les erreurs de la journée pouvait semblait pertinent. Néanmoins, en l'absence de conséquences, nous ne nous rappelons généralement pas les erreurs commises qui sont pour la plupart sans conséquence (car absorbées par le système, rattrapées, récupérées ou par chance). Adopter cette échelle risquait de générer peu de données et semblait donc trop restrictive.

---

[79] https://www.vds-vetsafe.co.uk/
[80] https://www.anesthesiasafetynetwork.com
[81] https://signalement.social-sante.gouv.fr/
[82] Il s'agit d'ailleurs de la méthode employée pour évaluer à échelle nationale l'incidence des événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé humaine (enquête ENEIS). Voir : Michel et al., 2022.
[83] Soufir et al., 2008.

Au contraire, une échelle mensuelle semblait trop vaste. Se remémorer l'ensemble des animaux et actions réalisés pendant un mois complet pour chercher à identifier des erreurs est une tâche extrêmement chronophage, à laquelle l'engagement est diminué. Si l'exercice est fait trop rapidement, le biais de mémoire risque alors de surreprésenter certaines erreurs (marquantes, aux conséquences graves, …) et donc de fausser les résultats.

Les 10 derniers jours apparaissaient comme un juste milieu pertinent. Se remémorer les cas des deux dernières semaines et les erreurs associées demande certes un effort mais qui demeure acceptable. Cette échelle permet d'homogénéiser les activités réalisées qui peuvent être variables en fonction des journées (par exemple : ne faire des chirurgies de convenance qu'un matin donné de la semaine).

Un test a été réalisé auprès de vétérinaires et étudiants vétérinaires volontaires (n=18). Quasiment aucune erreur n'était témoignée dans la journée. Seules une ou deux erreurs marquantes étaient témoignées sur le mois passé. L'échelle des 10 jours permettait d'obtenir des témoignages plus divers et nombreux, avec un niveau de détails correct.

3. Favoriser la récupération des souvenirs épisodiques

Les erreurs, en tant qu'évènements personnellement vécus, sont stockés avec leur contexte spatio-temporel et émotionnel par la mémoire épisodique[84]. Le rappel d'un souvenir épisodique dépend de l'encodage, de la consolidation puis de la récupération.

La bibliographie en science cognitive sur les erreurs montre qu'une majorité d'erreurs n'est pas bien enregistrée et/ou remémorée. Cela s'expliquerait par la nature brève des erreurs, leur faible intensité ainsi que l'absence de consolidation des souvenirs.

Les erreurs surviennent généralement en un court laps de temps (nature brève). La majorité d'entre elles n'entraînent pas de conséquences et donc ne génèrent pas d'émotions particulières (faible intensité). L'encodage est alors limité[85]. Les conséquences de l'erreur peuvent être plus longues. L'erreur est alors encodée avec la série d'événements qui l'a suivie. Elle prend en quelque sorte forme avec l'événement associé qui est plus long et plus intense.

De plus, notre cerveau ne peut retenir l'ensemble des informations qu'il perçoit et doit donc prioriser. Ainsi, le cerveau priorise les informations à retenir entre celles qui se succèdent. Seules les plus pertinentes sont consolidées. Si l'erreur n'est pas abordée (simple narration à un collègue ou lors d'un débriefing), le souvenir n'est pas consolidé et peut à long terme être oublié. Il peut donc être compliqué de se rappeler des erreurs faiblement encodées ou consolidées par simple rappel libre.

Afin d'augmenter la réussite de récupération des erreurs, il est donc décidé de faciliter le rappel à l'aide d'indices de récupération[86]. Ces indices se définissent comme des éléments de l'environnement physique et cognitif de l'individu qui aide au processus de rappel[87]. De

[84] Tulving, 2001.
[85] Desgranges et al., 2018.
[86] « Retrieval cues » en anglais, Tulving, 1972.
[87] Pansky et al., 2005.

nombreuses méthodes de rappel indicé ont été développées. Certaines comme l'utilisation d'aides visuelles évocatrices ou le fait de donner des exemples activent les réseaux neuronaux proches, permettant de faire des connexions jusqu'au souvenir. D'autres comme l'immersion dans l'environnement (mental context reinstatement)[88] améliore la contextualisation. Un même souvenir étant encodé en plusieurs informations dans le cerveau[89], contextualiser permet de regrouper ces informations en activant les liens entre elles. Le rappel est alors plus rapide et précis, et réduit les faux souvenirs (par exemple, mélanger deux cas).

Ainsi, plutôt que de solliciter de manière spontanée la mémoire par une seule question générale posée de but en blanc (ex : avez-vous commis une erreur ces dix derniers jours ?), la récupération du souvenir est réalisée en trois temps : en replaçant le contexte spatio-temporel, en amorçant les réseaux neuronaux proches du souvenir, puis seulement en invitant à réfléchir à d'éventuelles erreurs.

Pour se faire, il a tout d'abord été demandé aux participants d'avoir leur planning sous les yeux et de se remémorer leur activité des derniers jours. Ce rappel indicé permet de reconstruire le contexte et l'environnement des erreurs.

Afin de préciser encore le contexte et l'environnement des erreurs en limitant les oublis possibles liés à la diversité, au grand nombre, ou à l'aspect routinier des tâches pouvant être réalisées par les soignants, ces dernières sont illustrées (voir annexe 2). L'ensemble des tâches est synthétisé au travers de 3 parcours de soin (médecine préventive, médecine générale, chirurgie et anesthésie) et 2 « parcours » transversaux (entrée et sortie de l'animal). La représentation mixte textuelle et iconographique permet en sus une stimulation neuronale multimodale[90], ce qui facilite les liens jusqu'au souvenir[91].

Pour chaque parcours, une première question invitait le répondant à dire s'il avait ou non réalisé l'une des tâches décrites. Dans l'affirmative, une seconde question invitait à témoigner d'une erreur commise en lien avec ces tâches, qu'elle ait ou non eu de conséquences sur le patient. La même question ouverte été répétée pour chaque parcours. Le clivage par parcours est uniquement pertinent pour favoriser le rappel indicé, les témoignages sont ensuite rassemblés et analysés indépendamment du parcours relatif. La caractérisation des erreurs est réalisée sur l'ensemble des verbatims ainsi recueillis.

B. Caractérisation des erreurs

Afin de saisir la réalité des erreurs commises telle qu'elle est perçue par les vétérinaires et auxiliaires, il a été décidé de recueillir les témoignages par simple question ouverte, puis de les caractériser ensuite par traitement des verbatims. La caractérisation des erreurs peut se faire par différentes approches.

---

[88] Gentle et al., 2014.
[89] Brainerd et al., 1995.
[90] Bellezza and Hoyt, 1992.
[91] Le détail des parcours a été construit avec Canva, à l'aide d'études bibliographique décrivant différents parcours de soins en médecine vétérinaire et en s'appuyant sur le référentiel des tâches des ASV. Leur exhaustivité et clarté a ensuite été testée auprès d'un panel d'étudiants et de professeurs de l'école vétérinaire d'Oniris.

1. Types de classifications

De très nombreuses classifications relatives aux erreurs médicales existent. Certaines sont interdisciplinaires, d'autres spécifiques. En dépit de leurs noms, toutes ne traitent pas du même matériau de recherche.

Les psychologues classent les erreurs en fonction des mécanismes cognitifs. Reason différencie les erreurs des violations et indisciplines. Les erreurs sont elles-mêmes différenciées entre erreur de règles (slips) et erreur de connaissance (mistakes[92]). Les erreurs de règles comprennent les râtés et les *lapsus*. Elles correspondent aux erreurs lorsque la connaissance est correcte, mais qu'un échec a lieu. D'autres classifications existent comme celle de Zhang[93] qui applique la classification de Reason aux 7 étapes de la théorie de l'action de Norman. Ces classifications dresse des typologies des erreurs, *sensu stricto*. L'approche cognitive présente un intérêt pour comprendre pourquoi les erreurs arrivent et développer des solutions adaptées aux défaillances cognitives remarquées. Si elles apportent une compréhension intéressante de l'objet de recherche, elles sont difficilement saisissables et leurs applications pratiques limitées.

Dans un objectif de sécurisation des soins, d'autres classifications ont vu le jour, plus pragmatiques. Elles adoptent une approche descriptive basée sur le résultat de l'erreur ou le risque qu'elle représente, plus que sur le mécanisme à son origine.

a. Des classifications propres à la matière médicale

Le monde médical, familier avec l'épidémiologie, a rapidement cherché a étudié les erreurs et les événements indésirables associés aux soins (EIAS). De nombreuses études ont essayé de mesurer l'incidence des erreurs et des EIAS. Un besoin de classification et de mise en ordre des concepts est vite apparu comme nécessaire afin d'harmoniser les recherches, pouvoir comparer les résultats et suivre l'évolution au cours du temps.

Des classifications spécifiques, propres à des disciplines ou modes de travail, ont vu le jour. Par exemple, rien qu'en soins primaires, on trouve de nombreuses classifications[94]. Certaines ont une approche descriptive, comme celle de Makeham[95], d'autre une approche cognitive comme celle de Pierre Klotz[96].

Dans une logique de santé publique globale, des classifications interdisciplinaires sont nées. La plus connue est la Classification Internationale pour la Sécurité du Patient (ICPS) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)[97]. Cette dernière a été conçue par un groupe d'experts international. Elle crée un modèle de l'incident à travers 10 aspects différents : des causes de l'EIAS, aux conséquences pour le patient en passant par les caractéristiques de l'incident (voir annexe 3).

Son cadre conceptuel exhaustif la rend propice à une large utilisation dans le monde médical, et permet d'envisager son extension au monde vétérinaire, bien qu'elle ne soit pas initialement

[92] Mistake est souvent traduit par faute. Néanmoins, cette traduction porte à confusion.
[93] Zhang et al., 2004.
[94] Keriel-Gascou et al., 2014.
[95] Makeham, 2002.
[96] Klotz, 1994.
[97] OMS, 2009.

conçue pour. Elle est facile et assez intuitive d'utilisation malgré son apparente complexité. De plus, sa reconnaissance à travers le monde et son utilisation courante dans la littérature[98] permet de comparer d'harmoniser la méthode de classification et donc de comparer les résultats obtenus.

En revanche, elle est assez ancienne et n'a pas été actualisée depuis 2009. L'appropriation du sujet a pourtant depuis évoluée. A titre de comparaison, le travail similaire réalisé en aviation civil par l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI) a été revu 4 fois entre 2006 et 2018, pour évoluer d'un modèle de l'incident à un modèle de sécurité. La classification ICPS a donc des défauts qui n'ont pas été corrigés. Par exemple, alors que les différents écarts sont présentés selon les travaux de Reason, on retrouve plus loin « l'erreur de violation » dont on peine à comprendre la signification. En particulier, l'organisation au sein de la catégorie « facteurs contributifs et dangers » au-delà du premier niveau est critiquable. Les types d'erreurs (slips/mistake) et les facteurs cognitifs à l'origine de ces erreurs (biais, conscience de la situation) sont mélangés. Si les biais cognitifs font l'objet d'une catégorie indépendante, certains biais sont pourtant présentés individuellement hors de cette catégorie.

b. Des classifications dans la profession vétérinaire

L'étude de la bibliographie vétérinaire révèle 7 études classant les erreurs médicales.

Trois études sont trop spécifiques par rapport à notre sujet d'étude car relatives à un type particulier d'erreur (erreurs médicamenteuses[99][100], ou de communication[101]). Une étude vétérinaire transversale menée par observation de deux structures vétérinaires (méthode de shadowing) a classé 40 erreurs en erreurs clinique (médicaments, préparation chirurgicale, manque de suivi), erreur de communication d'équipe (dossier du patient, procédures, manque de communication en face-à-face ou erreurs dans la communication en face-à-face) ou pertes d'objets[102]. La typologie utilisée n'est pas justifiée et les proportions d'erreurs par types ne sont pas indiqués. Bien que cette étude s'intéresse en partie aux types d'erreurs, elle se concentre sur la détermination des causes d'erreurs et des personnes impliquées au sein de l'équipe. Elle représente donc d'un faible intérêt pour comprendre les classifications utilisées en médecine vétérinaire.

Trois études principales ont pour objet de caractériser les erreurs. Les objectifs, méthodes et critères diffèrent d'une étude à l'autre. Une analyse comparée des méthodologies employées et des items de classement est proposée dans le tableau suivant. Le détail du recoupement des différents paramètres étudiés par ces trois études est présenté en annexe 4.

[98] McElroy et al., 2016.
[99] Diesel et al., 2015.
[100] McDaniel et al., 2022.
[101] Russel et al., 2022.
[102] Kinnison et al., 2015.

Tableau I : Comparaison synthétique des méthodologies de classification des erreurs dans la littérature vétérinaire

	Wallis (2019)	Oxtoby (2015)	Schortz (2022)
Méthode d'obtention des données et d'analyse	Analyse rétrospective de déclarations volontaires d'incidents	Focus groupes et analyse rétrospective de dossiers d'assurance	Analyse rétrospective de déclarations volontaires d'incidents
Nature de l'incident	Type d'incident : événement indésirable, événement sans conséquence, presqu'accident, condition peu sure.		Degré d'atteinte : Presqu'accident, événement sans conséquence, atteinte temporaire, atteinte permanente ou mort.
Gravité avérée	Gravité avérée pour le patient : absence d'atteinte, atteinte temporaire, atteinte permanente ou mort.		Gravité avérée pour le patient : atteinte, pas d'atteinte.
Type d'acte	Type d'erreur : Approche mélangeant : - le type d'acte associé (médicament, surveillance, procédure ou traitement non médicamenteux, laboratoire) - les facteurs d'erreurs (communication, équipe, système, équipement).	Type d'erreur : Utilisation d'une classification préexistante d'une compagnie d'assurance en fonction du type d'acte réalisé (anesthésie, conseils, diagnostic, traitement chirurgical, traitement médical, obstétrique médicale, obstétrique chirurgicale)	Type d'incident (adaptation de la classification ICPS) : Anesthésie, diagnostic, infection, médicament, accident du patient ou traitement non médicamenteux
Cause d'erreurs	Wallis ne vise pas spécifiquement à déterminer les causes des erreurs. Néanmoins, la catégorie type d'erreur comprend des items qui appartiendraient en réalité à cette catégorie.	Causes d'erreurs : défaillances actives (facteurs humains, manque de compétence technique, limite cognitive, violation) et défaillances systémiques (communication, leadership, conception d'un produit ou équipement, productivité, propriétaire, critère	

		spécifique à la pratique vétérinaire)	

Le premier constat est l'absence de consensus sur l'utilisation des termes employés. Le type d'incident désigne pour Wallis la nature de l'événement alors que pour Schortz, il désigne le type d'acte.

Les terminologies employées sont en plus parfois confusantes avec les théories établies en matière de sécurité, notamment celle de Reason. Les travaux de Wallis et Oxtoby titrent s'intéresser au type d'erreur. On pourrait s'attendre à ce que les erreurs soient classées entre erreurs d'exécution ou de planification, alors qu'en réalité ils décrivent les types d'actes réalisés associés aux erreurs, voire identifient des facteurs latents pour Wallis.

D'aucuns diront que classer les erreurs en fonction des types d'actes associés est simplement une autre façon de classer les erreurs, et donc de définir des types d'erreurs. Ces approximations ont le mérite d'être généralement plus évocatrices et concises, ce qui est utile pour communiquer auprès du public vétérinaire, non familier avec les spécificités théoriques du modèle de Reason. Néanmoins, elles limitent la qualité perçue et la portée des études puisque les comparaisons inter-études sont compliquées à réaliser.

2. Méthode de classification choisie : choix des critères

Les erreurs peuvent être décrites et classées de multiples façons. Trois conditions sont recherchées pour sélectionner un critère :

- L'utilité d'étudier ce critère,
- La possibilité de les déterminer à partir des données du questionnaire,
- La précision de sa définition, afin d'éviter les confusions.

Ce dernier point justifie une attention particulière aux choix sémantiques. Cet effort est important pour que ce travail soit compris de tous. De nombreux papiers soulignent le risque d'employer des termes aux sens flous, limitant l'application pratique des recherches en sécurité des soins[103].

a. Approche choisie

L'identification des barrières et des facteurs latents ou causes d'erreurs est une approche très pertinente pour caractériser les erreurs. Elle permet de tirer des apprentissages et des pistes d'amélioration des événements indésirables témoignés, plutôt que simplement décrire l'incident. Pour identifier les causes racines, facteurs latents et barrières qui n'ont pas fonctionné, elle nécessite une description détaillée de la chronologie des événements et l'emploi de méthodes d'analyse systémiques appliquées avec rigueur pour être sûr de ne pas être dans le « trop superficiel ». Ces méthodes s'appliquent bien à des études de cas[104]. En revanche, elles sont inadaptées pour notre étude menée par questionnaire autoadministré. Non seulement le soignant, novice avec ces outils, n'est pas accompagné, mais en plus les analyses systémiques doivent être réalisées collectivement pour assurer leur fiabilité.

[103] Perreault, 2015.
[104] Paterson et al., 2021.

Une approche de modélisation de l'incident, comme proposée par l'ICPS, semble plus adaptée à l'enquête. Si elle ne permet pas d'identifier les causes et barrières défaillantes des événements témoignés, elle permet d'illustrer l'erreur par ses manifestations concrètes : un écart lors de la réalisation d'un acte entraînant un problème et une atteinte sur le patient. Ces descriptions sont utiles à plusieurs niveaux :

- Brosser le portrait des incidents, permettant de mettre en lumière ce sujet encore tabou,
- Établir un diagnostic des erreurs, permettant d'identifier les problèmes de sécurité majeurs, sur lesquels analyser en priorité les causes et proposer des solutions.

b. Type d'écart

L'étude vise à étudier les erreurs et non les écarts ou déviations de manière générale. Néanmoins, la confusion entre erreur et violation est fréquente. La méconnaissance des différents types d'écarts pourrait conduire certains participants à témoigner de violations ou d'indiscipline.

De plus, certains aléas peuvent être confondus avec des erreurs. Par définition, les erreurs sont des événements évitables, contrairement aux aléas. Une évaluation selon une échelle ordinale sur 5 est donc prévue pour que le répondant estime si l'erreur était évitable ou non.

Afin d'éviter les hors sujets, la vérification systématique du type d'écart lors de la lecture des verbatims est donc menée. En revanche, il n'est pas possible d'aller plus loin dans la caractérisation du type d'écart.

L'approche cognitive est pertinente mais nécessite une analyse approfondie pour déterminer à quelle étape l'erreur a eu lieu entre la perception et la réalisation de l'action. Le format de l'enquête par questionnaire autoadministré ne permettant pas l'échange ni l'obtention de verbatims suffisamment étayés et la typologie étant théoriquement exigeante, cette approche a été écartée.

L'approche de l'erreur de Reason semblait de prime abord accessible. Si les ratés et *lapsus* apparaissaient avec une bonne spécificité, les erreurs de planification sont plus difficilement identifiables comme l'illustre le tableau II. Le niveau de détails des verbatims assez variable est vite apparu comme un handicap pour classer les erreurs selon cette approche comme l'illustrent les exemples suivants. Cette approche n'a donc pas été poursuivie.

Tableau II : Illustration de la difficulté à classer les verbatims selon la typologie de Reason à travers 4 exemples.

Verbatim	Classement selon l'approche de Reason
« Ne pas marquer le bon médicament sur l'ordonnance. Mais donner le bon médicament. »	Erreur d'exécution > défaut d'attention : raté
« Oubli d'un traitement antibiotique à la sortie dune laparo exploratrice »	Erreur d'exécution > défaut de mémoire : *lapsus*
« Un soir à 20h, c'était le rush, on m'a demandé de préparer une perfusion de morphine+ketamine pour aider une collègue en difficulté, je me suis trompée sur la dose de morphine dans la perfusion. »	Est-ce une erreur de planification (application d'une mauvaise règle) ou d'exécution (application d'une bonne règle mais mauvaise exécution) ?
« Administrer des antibiotiques le soir alors qu'ils avaient déjà été administrés le matin et que la durée d'action était de 24h. »	Est-ce une erreur de planification (défaut de connaissance) ou une erreur d'exécution (défaut d'attention ou de mémoire par rapport à ce qui était planifié) ?

L'approche de l'erreur par ses **réalisations** semble être plus précise et réalisable dans cette étude.

c. Type d'acte

L'acte que l'on est en train de réaliser lorsque l'on commet une erreur est facilement descriptible. L'erreur étant un écart involontaire entre ce que l'on souhaite faire et ce que l'on fait, elle est toujours associée à une action. Le type d'acte semble donc être un critère pertinent pour l'analyse. L'étudier permet d'identifier les situations où des erreurs surviennent. Son étude se retrouve dans la majorité des études s'intéressant aux erreurs ou aux EIAS, en médecine humaine et vétérinaire.

Dans la classification ICPS, ce critère se retrouve au sein de la catégorie intitulée « type d'incident ». Bien que la définition de cette catégorie soit vague[105], l'examen de cette rubrique montre qu'elle comprend à la fois le type d'actes (médicament, procédure clinique, administration clinique…) et les problèmes lié (défaut de surveillance, mauvais patient…). Schortz utilise la même dénomination que l'ICPS, à la différence qu'elle place les problèmes comme sous-types d'incidents par rapports aux types d'incidents. Ainsi, bien que la littérature décrive les types d'incident, il apparaît plus exact de parler de type d'acte.

d. Type de problème

Lorsque l'on décrit une erreur, on explicite la différence entre ce que l'on a fait par rapport à ce que l'on souhaitait faire, ou autrement dit, en quoi notre acte était défaillant. Le type de problème rencontré apparaît donc comme un thème facilement identifiable et complémentaire au type d'acte.

[105] « un terme descriptif pour une catégorie d'incidents d'une même nature, regroupés car ils partagent des critères convenus partagés »

A partir du travail de Schortz et de la classification ICPS, deux thèmes principaux ont été déterminés : les problèmes liés à l'utilisation d'un produit et ceux liés à la réalisation d'une procédure. Ceux-ci sont ensuite détaillés de manière exhaustive.

e. Atteinte

Gravité de l'atteinte

La gravité avérée de l'erreur est liée aux conséquences sur le patient. La gradation utilisée dans l'enquête est une adaptation simplifiée de l'échelle de sévérité de l'ICPS.

Tableau III : Échelle de gravité utilisée dans cette étude, inspirée de la classification ICPS.

Sévérité de l'erreur d'après l'ICPS	Échelle de gravité utilisée
N'a pas atteint le patient, potentiel préjudice	Aucune conséquence sur le patient
Atteint le patient mais n'a pas d'effet sur le patient	
Dommage émotionnel	
Atteinte temporaire mineure	Légère conséquence sans nécessité de prise en charge supplémentaire
Atteinte temporaire majeure	Nécessité d'une prise en charge supplémentaire et/ou prolongée
Atteinte permanente mineure	Invalidité permanente
Atteinte permanente majeure	
Extrême, mort	Mort du patient

Nature de l'atteinte

Bien que sa dénomination varie selon la littérature (type d'incident, degré d'atteinte, nature de l'événement, …), la nature de l'atteinte est un paramètre dont la construction fait consensus (voir figure 1).

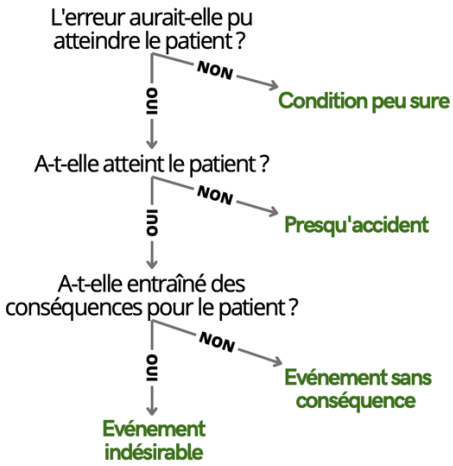


Figure 1 : Logigramme décrivant le raisonnement pour déterminer la nature de l'atteinte.

Le terme « atteinte » est préféré à « incident » pour deux raisons. Le sens courant d'incident peut faire penser qu'il ne désigne que les événements ayant atteint le patient. De plus, le problème, l'acte, et l'atteinte sont trois composantes de l'incident. On comprend mieux leurs relations en les nommant ainsi qu'en employant les mots valises de nature, type et sous-type.

Les événements indésirables sont directement déterminés par la gravité avérée de l'erreur. La différence entre condition peu sure, presqu'accident ou événement sans conséquence se fait par lecture des témoignages.

Les critères retenus pour caractériser les erreurs sont résumés et illustrés dans la figure suivante.

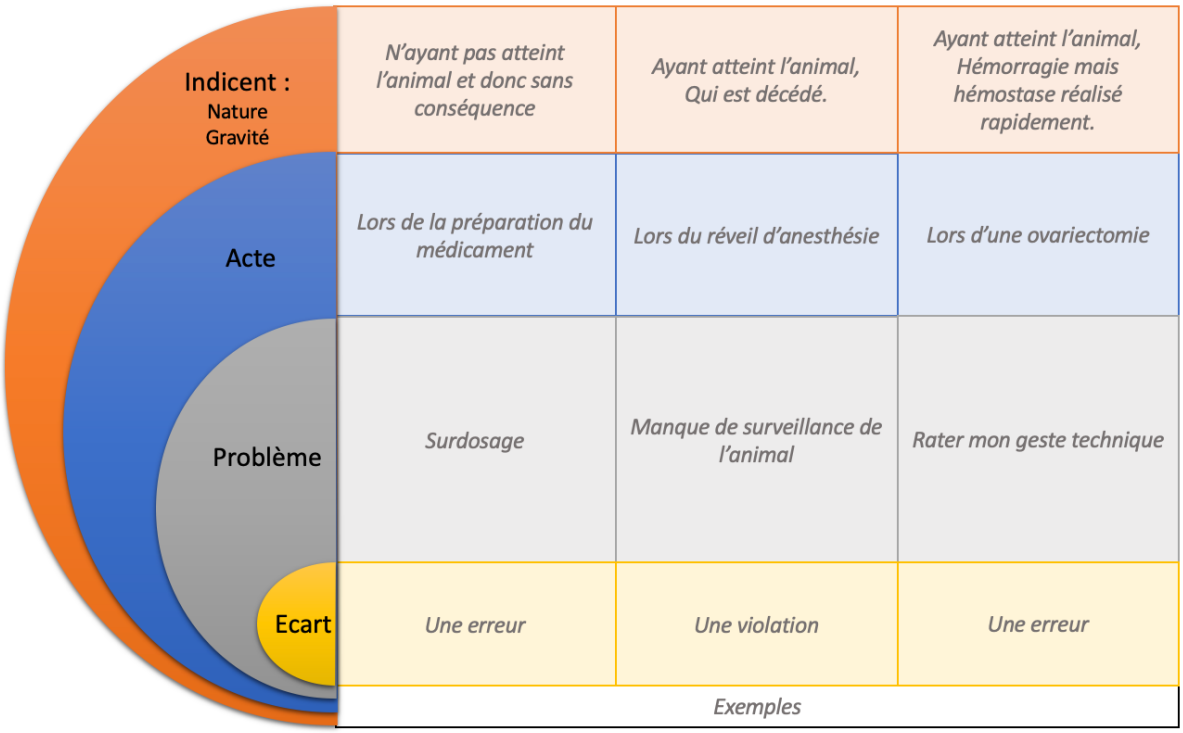


Figure 2 : Synthèse et illustrations par trois exemples des critères retenus pour caractériser les erreurs.

C. L'analyse de contenu thématique

La principale méthode utilisée pour analyser les données qualitatives dans cette étude est l'analyse de contenu thématique (ACT) sur Excel à partir des verbatims après export de Sphinx. Cette méthode permet une compréhension plus riche et sensible que des méthodes plus réalistes comme l'analyse de contenu, qui consiste au repérage d'expressions ou de mots, sans le carcan théorique de la théorie ancrée qui vise à générer une théorie plus qu'améliorer la compréhension d'un phénomène. De plus, elle se révèle particulièrement adaptée pour les chercheurs novices en recherche qualitative[106].

L'ACT consiste « à repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets »[107]. Autrement dit, cette démarche vise à générer des idées par un traitement systématique et objectivé des verbatims, afin de repérer et regrouper des thèmes, qui font ensuite l'objet de l'analyse. Cette méthode peut porter sur des données textuelles issues de questionnaires mais également bibliographiques. Elle est largement utilisée dans la recherche médicale[108]. Elle se déroule en trois étapes : le choix du type de codage, l'étiquetage puis la consolidation[109].

Le choix du type de codage revient à déterminer la méthode suivie pour réaliser l'ACT. Le type de codage peut être conceptualisé, enraciné ou générique. Le premier cas consiste en un raisonnement déductif : le chercheur défini les thèmes à étudier en s'appuyant sur une classification existante[110]. A l'inverse, le codage enraciné relève d'une approche inductive : les thèmes sont a priori inconnus, et le travail consiste en la découverte des thèmes au fur et à mesure de l'examen du *corpus*, sans hypothèse thématique préétablie. Enfin, le codage générique est une modalité mixte pour laquelle des thèmes sont a priori établis mais l'examen du *corpus* peut révéler des thèmes insoupçonnés qui peuvent venir compléter ou modifier les thèmes préétablis.

L'étiquetage consiste en une première lecture du *corpus* et première codification. L'objectif est de découper et identifier les éléments du *corpus* par des étiquettes qui font sens pour le chercheur. La compilation de ces étiquettes permet de façon inférentielle d'identifier les thèmes[111].

Enfin, la consolidation des thèmes est la dernière étape. L'observation de l'ensemble des étiquettes permet d'obtenir une vue d'ensemble. L'objectif est donc de définir les thèmes finaux et les relations qu'ils entretiennent entre eux. Les doublons d'étiquettes seront rassemblés. Celles aux thèmes proches seront soit individualisées soit rassemblées. Celles trop vagues seront affinées. Enfin, la formulation des thèmes sera épurée et stabilisée, de façon qu'ils contiennent l'ensemble des étiquettes associées, et l'arborescence entre les thèmes établie afin que les relations entre les thèmes soient claires (opposition, subordination, complémentarité, …).

---

[106] Nowell et al., 2017.
[107] Mucchielli, 1996.
[108] Braun et Clarke, 2014.
[109] Braun et Clarke, 2006.
[110] Miles & Huberman, 2003.
[111] Ibid.

Contrairement aux idées reçues, cette analyse est rigoureuse et méthodique[112]. En raison du grand nombre de verbatims obtenus, il n'était pas possible de mobiliser un second opérateur pour réaliser l'ACT. Ce traitement des données brutes par un unique opérateur garantie une homogénéité dans l'étiquetage mais crée un biais de subjectivité. La précision de l'étiquetage et de la cartographie des thèmes, notamment des liens de parenté, contribuent à davantage d'objectivité.

Les types d'ACT utilisés pour déterminer les différents critères de caractérisation des erreurs sont synthétisées dans le tableau suivant.

Tableau IV : Méthode utilisée pour déterminer les différents critères à partir des verbatims.

Catégories	Types	Méthode
Écart	Définis	Codage conceptualisé des verbatims
Acte	A définir	Codage générique des verbatims
Problème	A consolider	Codage conceptualisé des verbatims
Gravité de l'atteinte	Définis	Directe (question fermée)
Nature de l'atteinte	Définis	Codage conceptualisé des verbatims

[112] Sibeoni, 2017.

II. Détection des erreurs par les soignants

L'objectif n'est pas d'annoncer une prévalence des erreurs commises dans les structures vétérinaires. Le nombre d'erreurs témoignées est conditionné par la détection et le rappel qu'ont les soignants de leurs propres erreurs. Il est intéressant de comprendre comment ces derniers y arrivent.

A. Accueil de l'exercice

1. Un accueil essentiellement positif

Ce questionnaire a été majoritairement bien, voire très bien, accueilli par les vétérinaires et auxiliaires vétérinaires avec 85% des participants intéressés par le sujet. Les verbatims en commentaire libre vont en ce sens. En voici quelques exemples : « Excellente idée de thèse ! Félicitations...et bon courage », « Thèse très intéressante ! J'ai hâte de connaître les résultats ! Ce serait bien d'avoir un top 10 des erreurs les plus courantes pour les présenter aux étudiants... bon courage pour l'analyse de toutes ces questions :) », « Le sujet est très intéressant et relativement "novateur" pour notre profession qui est en retard sur ce sujet. Merci pour cet envoi de questionnaire », « Bon courage pour votre thèse, sujet passionnant ! », « Merci pour votre courage de lever le tabou », « Très intéressant comme sujet car rarement évoqué », « Merci pour ces réflexions et bon courage :) », « Bonne initiative », « Etude très intéressante!! », « Très joli questionnaire et sujet très intéressant :) », « Je serais très intéressé pour avoir les résultats de la thèse ».

2. De rares réactions négatives

Sur les 479 réponses, une réponse a jugé le présent travail aberrant si l'on en croit la lecture du commentaire libre suivant : « Je déplore qu'on puisse passer une thèse avec ce type de questionnaire en ligne. » Les exemples associés étaient loufoques, probablement fictifs et intentionnellement irréalistes : « J'ai laissé un furet sous lampe IR, il a cuit », « oublier un truc », « Faire un truc qu'il fallait pas faire ».

Un autre avis assez virulent sur l'enquête a été reçu par mail, a priori sans que le vétérinaire en question réponde au questionnaire (voir annexe 5). Il reproche une forme d'illégitimité à réaliser un tel sujet car un étudiant n'aurait pas expérimenté l'erreur, le but de la thèse en lui-même et l'objet de la recherche qui serait contraire aux valeurs confraternelles de la profession.

Enfin, un seul verbatim témoigne d'une perception sombre du sujet : « c'est un questionnaire certainement utile mais qui ne met pas la pêche dans cette période de merde. Quand on est Français, d'un bon milieu social et qu'on a un travail, on a l'impression qu'il faut tout le temps avoir honte de ce qu'on fait, de ce qu'on gagne, de ce qu'on achète. A quand la fierté de la réussite et du travail ? Bon courage pour votre travail. »

Il est probable que ces positions soient partagées par d'autres et que le sujet ait suscité davantage de réactions négatives, non témoignées dans le questionnaire. En effet, le biais de sélection évince la participation des personnes non intéressées ou négatives sur le sujet.

L'utilisation des parcours pour se rappeler des erreurs a été appréciée. La phase de pré-test a montré une amélioration du nombre d'erreurs remémorées lors du rappel indicé plutôt qu'en rappel libre.

Le découpage de l'activité en parcours a pu perturber certains répondants comme l'évoquent deux verbatims en commentaire libre (« Je n'ai pas forcément compris où je devais mettre quels types d'erreurs », « une présentation des principaux paragraphes m'aurait évité de revenir en arrière dans le questionnaire »). L'ACT des témoignages d'erreurs a également montré quelques confusions avec des erreurs témoignées dans le mauvais parcours (exemple : erreur commise lors d'une chirurgie décrite dans le parcours « accueil de l'animal »). Néanmoins, ces cas sont rares (moins de 2%), permettant de conclure sur la bonne compréhension de l'exercice et le bon déroulé du rappel indicé.

Malgré le rappel indicé, quelques personnes ont trouvé l'exercice difficile ou trop général : « questions sur les erreurs un peu trop générales », « pas facile de se souvenir de nos erreurs et il faut aussi s'en rendre compte. »

B. Nombre de témoignages

Après suppression des doublons, verbatims incompréhensibles, erreurs de caisse n'impactant pas la sécurité des soins, ou ne portant pas sur des animaux de compagnie (voir annexe 6), 517 témoignages ont été obtenus. Les données socio-démographiques des répondants sont présentées en annexe 7.

Près d'un tiers des répondants n'a témoigné d'aucune erreur. Parmi les deux tiers ayant témoigné d'au moins une erreur, le nombre moyen d'erreur témoigné est de 1,74. La majorité n'a témoigné qu'une erreur (voir figure 3).

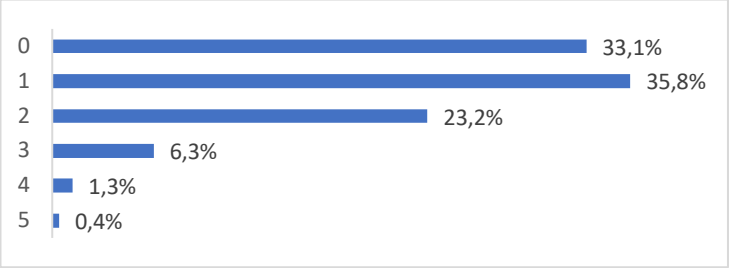


Figure 3 : Pourcentage de répondants par nombre de témoignages

Il est intéressant de savoir si l'absence de témoignage d'erreur est due à l'absence de réalisation de certaines tâches ou à l'absence d'identification d'erreur. En moyenne, 23% de l'échantillon ayant réalisé les tâches a décrit au moins une erreur associée (voir figure 4). En d'autres termes, cela signifie que 77% de l'échantillon n'identifie pas d'erreur associé à ses actes.

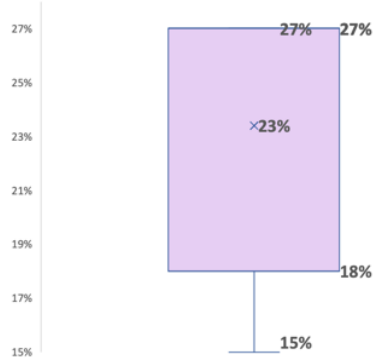


Figure 4 : Boxplot du pourcentage d'erreurs témoignées par rapport aux tâches réalisées

Les tâches du parcours 5 apparaissent comme celles ayant suscitées le moins d'erreurs (voir tableau V). Un biais est à considérer. Ce parcours est adapté pour les structures travaillant en silo[113] mais pas lorsque l'organisation du travail est transversale, auquel cas il peut être redondant avec d'autres parcours. Par exemple, « oublier de donner la collerette à la sortie de l'animal opéré » est une erreur qui peut être décrite à la fois dans les parcours 4 et 5 en fonction de si le soignant a participé à la chirurgie ou au soin de l'animal ou non.

Tableau V : Pourcentage de l'échantillon ayant témoigné une erreur en fonction du parcours.

	Parcours 1	Parcours 2	Parcours 3	Parcours 4	Parcours 5
Pourcentage de l'échantillon ayant témoigné une erreur lorsqu'une tâche du parcours a été réalisée	27%	21%	27%	27%	15%
Pourcentage de l'échantillon ayant témoigné une erreur	26%	20%	25%	25%	13%

C. L'absence de témoignage d'erreurs

Certains participants ont l'illusion de ne pas faire d'erreur (« je constate que j'ai la conviction que nous ne faisons pas d'erreurs : orgueil ou aveuglement ? le doute est permis ») ou d'en faire peu (« 10 jours ce n'est pas assez pour savoir si on a fait une erreur de diagnostic on n'a pas encore forcément le retour et par chance dans une structure comme la mienne je n'en fais pas si souvent ! »). Ce déni de l'erreur est couramment décrit dans la littérature. Un participant refusant l'idée qu'il puisse commettre une erreur pourra tout bonnement refuser de se prêter à l'exercice. D'autres participants ayant à l'esprit cette idée préconçue pourront, malgré leur bonne volonté et le rappel indicé, avoir naturellement tendance à ne pas percevoir leurs erreurs. Ce déni peut être renforcé par le biais de désirabilité sociale, fréquemment décrit lors d'études descriptives, bien que l'anonymat soit supposé le limiter.

L'absence de témoignages d'erreurs souligne également la difficulté à identifier nos erreurs, quand bien même nous les acceptons. Si les erreurs sont des événements neutres, aux conséquences minimes voire nulles, n'ayant pas suscité de nombreuses émotions, alors elles sont moins bien encodées dans notre mémoire. Le rappel indicé peut ne pas être suffisant pour

[113] Kinnison et al., 2015.

se rappeler des erreurs (« pas facile de se souvenir de nos erreurs et il faut aussi s'en rendre compte. »).

Ces résultats dénotent également d'une subjectivité et des stéréotypes dans l'approche de l'erreur dans l'échantillon, malgré la définition donnée en amont, et la variété des erreurs présentée en introduction.

Pour un participant, l'erreur est conditionnée par sa gravité avérée de l'erreur (« Vous ne distinguez pas assez les erreurs graves et celles qui ont été rattrapables »). Il est probable que les erreurs sans conséquences n'aient alors pas été témoignées. La littérature en médecine humaine a également montré que certaines erreurs détectées et traitées sont considérées comme une part naturelle du travail et non comme des erreurs[114].

Pour un autre, seules les erreurs patentes sont considérées (« gros biais entre des erreurs "matérielles" (commande, stock, communication) et erreurs ayant des répercussions sur la santé des patients »). Des études montrent également que les médecins identifient plus volontiers les erreurs où sont impliqués les individus plutôt que le système[115].

Pour un répondant, il n'est pas possible de se rappeler des erreurs qui seraient « par définition » inconscientes. La difficulté ne réside pas dans le fait de se rappeler de l'erreur mais sur l'absence d'encodage. (« Par définition, la majorité de nos erreurs nous est inconnue : si nous en avions conscience, nous ne les ferions pas. Avec de la chance, certaines sont détectées par nos confrères ("on voit toujours mieux la paille..."). Mais de très nombreuses erreurs, ayant des conséquences ou non, restent probablement non détectées. C'est en tout cas mon avis »).

Enfin, pour un autre, les erreurs seraient liées à l'inexpérience : « beaucoup d'erreur sont pour moi lié au début de carrière (pas suffisamment conscient des enjeux, pas assez de connaissances, d'encadrement), on fait un peu tout le temps des sauts dans le vide, notamment en chirurgie. Les autres erreurs sont souvent de la négligence (pas vérifier que chat mâle ou femelle pour stérilisation) ou des pb de communication au sein de la structure (mauvais membre opéré). »

Ni l'âge ni le sexe ni le métier ne semblent influencer le fait de témoigner ou non d'une erreur.

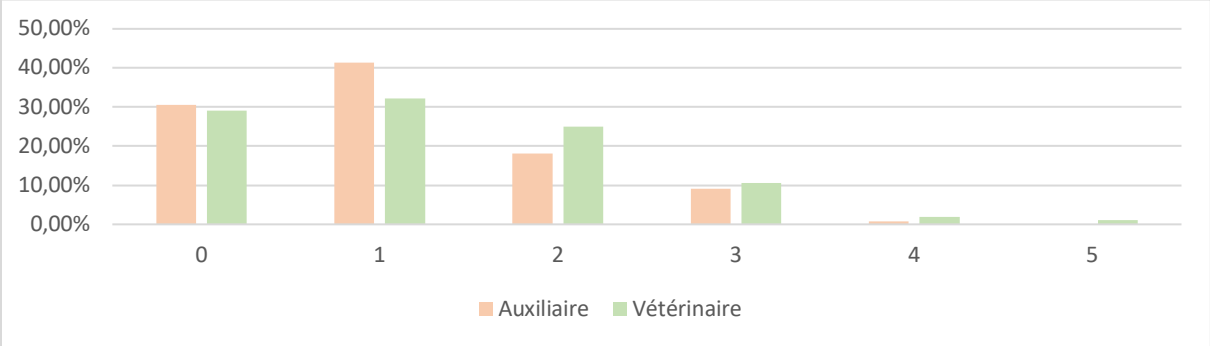


Figure 5 : Influence du métier sur le nombre de réponses données par les soignants.

[114] Tamuz et al., 2004.
[115] Cook et al., 2004.

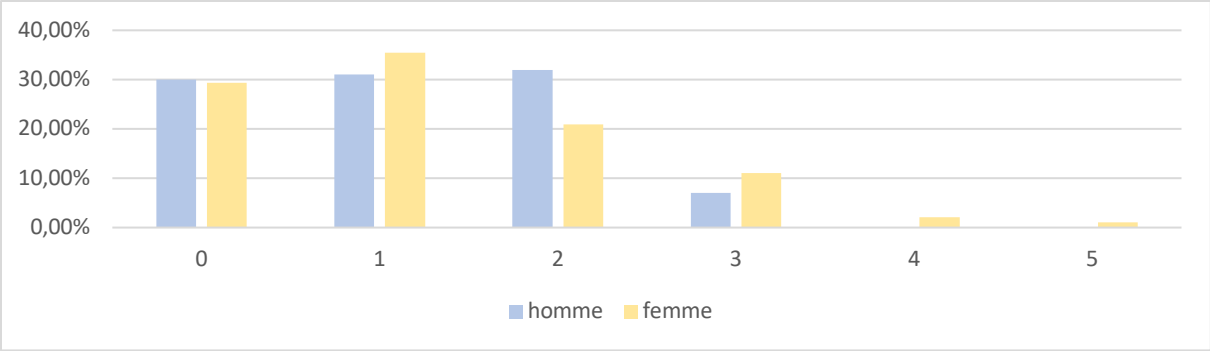


Figure 6 : Influence du sexe sur le nombre de réponses données par les soignants.

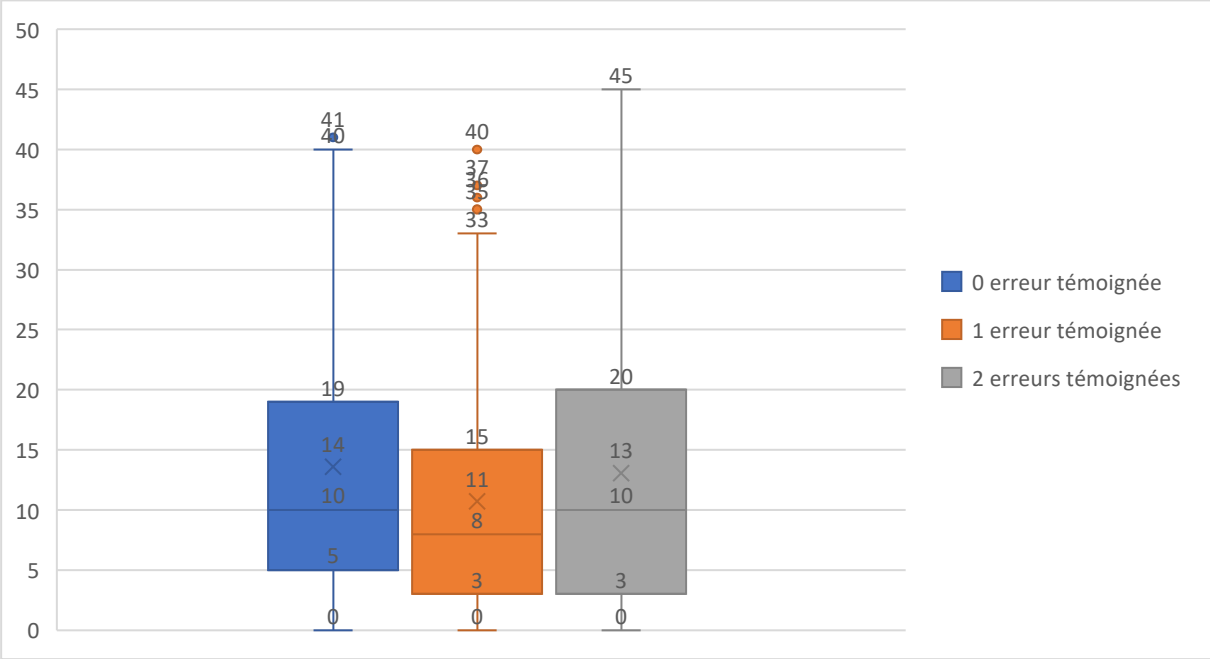


Figure 7 : Influence de l'expérience sur le nombre de réponses données par les soignants (représentation en boxplot).

III. Résultats : caractérisation des erreurs du quotidien

Les 517 témoignages ont été analyses par ACT générique à partir de la méthode présentée (voir tableau IV).

A. ACT pour le type d'acte

1. Choix du type de codage

Un codage enraciné n'est pas utile du fait de la préexistence de littérature sur les types d'actes associés aux erreurs en médecine humaine et vétérinaire.

Un codage conceptualisé ne semblait pas non plus pertinent. Réaliser une ACT déductive à partir de la classification ICPS risquait de ne pas relever des spécificités liées à la pratique vétérinaire. Quant aux classifications vétérinaires préétablies, elles sont récentes et n'ont pas créé de consensus. De plus, le contexte de témoignage des erreurs est différent (erreurs récentes vs erreurs volontairement témoignées sans critère temporel vs erreurs ayant entraîné une plainte). L'échantillon est également différent et comprend dans notre étude davantage d'auxiliaires. Les types d'actes identifiés peuvent donc différer.

Une ACT générique semble donc adaptée.

2. Hypothèse thématique

Un premier travail est réalisé pour déterminer les éventuels thèmes à rechercher dans les verbatims. Schortz ayant montré la possibilité d'adapter le cadre conceptuel de la classification ICPS au monde vétérinaire, un croisement de ses items avec ceux des études vétérinaires est réalisé (voir tableau VI).

Tableau VI : Comparaison des types d'actes étudiés dans la littérature vétérinaire et dans l'ICPS.

Items de la classification ICPS	Schortz	Oxtoby	Wallis
Administration clinique		Conseils	
Procédure clinique			
Prévention		Conseils	
Diagnostic	Diagnostic	Diagnostic	
Traitement, intervention	Traitement non médical	Traitement chirurgical	Procédure, traitement non médical
		Obstétrique chirurgicale	
Soins généraux			Surveillance
Tests et examens complémentaires			
Échantillons, résultats			Laboratoire
Détention, contention			
Documents			
Infection	Infection		
Médicaments, fluides IV	Médicaments	Traitement médical	Médicament
		Obstétrique médicale	
	Anesthésie	Anesthésie	
Sang et produits sanguins			
Nutrition			
Gaz			

Dispositif médical			Équipement
Comportement			
Accident du patient	Accident du patient		
Infrastructure			
Ressources, organisation			

Ce croisement permet de faire ressortir plusieurs idées. Le diagnostic et les accidents du patient semblent être des codes pertinents. Le traitement, médical ou non, semble être une catégorie trop vague pour bien décrire les erreurs en pratique vétérinaire. L'importance des chirurgies de convenance en médecine vétérinaire, contrairement à la médecine humaine, ainsi que l'important nombre d'erreurs liées à de l'obstétrique ou de la reproduction relevée dans l'étude d'Oxtoby motive à créer un code « obstétrique/reproduction ». Le nombre important d'erreurs liées à l'anesthésie dans l'étude de Schortz motive également à séparer traitement médical et anesthésie.

Bien qu'elle n'ait pas été étudiée dans les études vétérinaires, le thème « administration clinique » semble pertinent. En effet, notre étude intègre davantage les auxiliaires vétérinaires, réalisant de nombreux actes administratifs. Ces derniers, comme la facturation, peuvent ne pas être liés à l'état de santé de l'animal. En revanche, d'autres influencent directement la sécurité des soins, comme une mauvaise évaluation d'une urgence au téléphone. Ils peuvent également contribuer à instaurer des conditions peu sures qui altèrent indirectement la sécurité des soins (par exemple : se tromper sur l'heure d'un RDV chamboulant le planning). Un code « administration » est donc ajouté.

Ainsi, l'hypothèse thématique est composée de 7 thèmes : administration, diagnostic clinique, traitement chirurgical, traitement médical, obstétrique/reproduction, anesthésie et accident du patient. Les autres items de l'ICPS sont gardés à disposition lors de l'étiquetage au cas où certains verbatims ne s'inscriraient pas dans ces codes préétablis. De plus, la possibilité de découvrir d'autres thèmes par induction est conservée.

3. Étiquetage

La lecture et l'imprégnation du *corpus* a permis un premier étiquetage des verbatims, présenté dans le tableau suivant.

Tableau VII : Étiquetage du type d'actes à partir des verbatims.

	Thèmes avant consolidation	Étiquettes
Hypothèse thématique	Administration	Administration ; réponse à une urgence ; 1 RDV spécifique ; planning général ; registre ; traçabilité ; transfert ; admission ; décharge ; identification ; consentement ; Allocation ; référer ; gestion des déchets
	Diagnostic clinique	Diagnostic ; examen complémentaire
	Traitement chirurgical	Chirurgie
	Traitement médical	Médicament ; vaccin
	Obstétrique/reproduction	Obstétrique ; stérilisation ; reproduction
	Anesthésie	Analgésie ; euthanasie
	Accident du patient	Tombe ; blesse ; s'enfuit ; contention ; détention ; transport
Thèmes induits	Infections associées aux soins	Hygiène ; infection ; asepsie
	Matériel	DM ; équipement
	Suivi	Suivi
	Soins	Soins ; hospitalisation ; alimentation
	Prévention	Prévention

4. Consolidation des thèmes

Les thèmes de l'hypothèse thématique ont été conservés. Cinq nouveaux thèmes ont été induits.

a. Hypothèse thématique

Administration

Le thème administration semblait trop imprécis, regroupant des actes de nature variée allant de la régulation à la gestion des stocks. Néanmoins, ils conservaient tous un lien de parenté avec un acte administratif. Il a donc été décidé de créer des thèmes « fils » au thème « administration ».

Diagnostic clinique

La question s'est posée de différencier diagnostic clinique d'examen complémentaire. Si un certain nombre de verbatims pouvaient être identifiés comme relevant spécifiquement de l'un (« Je me suis trompé en lançant une analyse sanguine, je n'ai pas mis la bonne plaquette. ») ou de l'autre (« Non diagnostic des bords décollés d'un ulcère cornéen ne guérissant pas avec le traitement médical. Référé à un spécialiste qui a posé le diagnostic et traité l'ulcère »), il n'était pas possible de trancher pour tous (« Suite à une échographie, j'ai annoncé des tumeurs

hépatiques et un pronostic sombre. Le maître est allé voir un autre vétérinaire, visiblement il n'y a pas de tumeurs. »). Les examens complémentaires contribuant au diagnostic clinique, il a été décidé de conserver un seul thème « diagnostic (dont examens complémentaires) ».

Médicament et anesthésie

De nombreux exemples du *corpus* concernent spécifiquement l'anesthésie. Il est facile de différencier les erreurs liées à l'anesthésie par rapport à celles liées à l'usage d'autres médicaments. Ces deux thèmes n'ont donc pas été fusionnés. L'analgésie et l'euthanasie ont été intégré au thème anesthésie.

Obstétrique, reproduction et chirurgie

Les erreurs liées à des actes en obstétrique (essentiellement des césariennes) ou reproduction (essentiellement des stérilisations) étaient également facilement différenciables des autres procédures chirurgicales. Les deux thèmes conservent donc leur indépendance.

Contention et détention

Le nom du thème « Accident du patient » a évolué vers « contention et détention » pour suivre la logique thématique. En effet, l'accident du patient témoigne du résultat mais l'erreur est associée à un acte de contention ou de détention mal réalisé. Dans l'exemple suivant, « Lors du transport entre la salle de prépa et la salle de chirurgie, le patient est tombé de la table devant nous », le patient est tombé mais l'erreur est bien liée à un défaut de contention.

b. Thèmes induits

Hygiène et asepsie

Le thème hygiène et asepsie a été créé. La même logique a fait choisir ce nom (type d'acte) plutôt que « infections associées aux soins » (résultat). Une légère superposition entre ce thème et celui « chirurgie » peut exister pour les fautes d'asepsie commise lors de chirurgie. Une relecture attentive a vérifié que l'ensemble des erreurs soient classées uniformément dans le thème Hygiène et asepsie.

Prévention

La vaccination peut être intégrée à la fois dans médicament et prévention. La différence s'est portée sur le type d'acte : acte lié à produit ou acte lié à une procédure. Lorsqu'il s'agit d'une erreur portant sur l'injection du vaccin (mauvais vaccin utilisé, mauvaise voie, oubli d'injection), le verbatim est codé en Médicament. Lorsqu'il s'agit d'une erreur portant sur la décision de vacciner ou non dans une logique de prévention, le verbatim est codé en Prévention (« Chiot en première visite qui aurait mérité un vaccin contre la toux de chenil en plus de son vaccin depuis mais questions mode de vie posée à la fin de la consultation »).

Conserver le thème prévention est utile pour d'autres verbatims ne concernant pas des vaccins (« Oubli de recommandations, notamment nutritionnelles ou comportementales, dans le cadre d'une consultation de médecine préventive », « Oubli de discussion antiparasitaires première consultation lapin »).

Une relecture particulièrement attentives des verbatims étiquetés *Vaccin* a été nécessaires pour les classer soit dans le thème Prévention soit dans le thème *Médicament*.

Soins et hospitalisation

Le thème Soins et hospitalisation a été ajouté. Il a été envisagé de fusionner cette catégorie avec chirurgie en un thème général portant sur les « traitements non médicaux ». Néanmoins, une telle rubrique semblait manquer de spécificité. On aurait retrouvé dans la même catégorie les coupes de griffes ayant entraîné de petits saignements et une gastropexie mal réalisée. Cette rubrique a donc été individualisée. Elle comprend les soins et les traitements ni chirurgicaux ni médicaux : tontes, coupe de griffes, nettoyage des oreilles, bandage, …

Suivi

Le thème « suivi » a été créé. Les verbatims auraient pu être intégrés dans d'autres thèmes en fonction de la nature du suivi (post-opératoire, après mise en place d'un traitement, pour vérifier un diagnostic…) mais les informations des verbatims ne permettaient pas toujours de les identifier. Dans l'exemple suivant, « Oubli de rappeler des clients pour un suivi radiologique après avoir demandé un avis à un confrère orthopédiste », nous ne disposons pas assez d'éléments pour identifier s'il s'agit d'un diagnostic ou d'un suivi post-opératoire. Pour plus de spécificité, un thème indépendant est créé.

Matériel

Enfin, le thème matériel est né de la fusion des étiquettes dispositif médical (DM) et équipement. Il désigne les actes liés à l'utilisation d'un DM ou d'un équipement (collerette, tubulure de perfusion, thermomètre, tapis chauffant, puce électronique…). Les DM liés à l'anesthésie (essentiellement la machine d'anesthésie gazeuse) sont exclus de ce thème par parallélisme avec la construction du thème « médicaments ».
Ces matériels peuvent être utilisés lors de soins, de diagnostic, de prévention ou de chirurgie. Ce thème aurait donc pu être supprimé et les verbatims intégrés aux procédures réalisées. Néanmoins, l'erreur n'est dans ces cas-là pas liée à la procédure chirurgicale ou à l'administration d'un traitement mais bien liée à la manipulation du matériel. Par exemple, « J'ai mal flushé la tubulure de perfusion et il restait beaucoup d'air, j'ai mis en route la perfusion... » est lié à une mauvaise manipulation du DM, et non à une mauvaise gestion du traitement. Autre exemple : « Injection d'une puce électronique équine sur un chat. Ce chat était déjà âgé (environ 15 ans) et avait besoin d'une puce électronique pour la chatière. Il a dû subir une anesthésie pour retirer la puce. » L'erreur est liée au DM et non à l'acte de prévention. L'individualisation de ce thème s'inscrit dans une logique de matériovigilance, très présente en médecine humaine mais beaucoup moins en médecine vétérinaire[116].

Finalement, 12 thèmes sont identifiés (voir tableau VIII). Ils recouvrent l'ensemble de l'échantillon étudié et correspondent aux types d'actes réalisés : les actes liés à un produits *versus* les actes liés à une procédure. Les thèmes sont indépendants, bien que des hésitations puissent avoir lieu du fait de l'habitude d'aborder les actes par discipline.

Tableau VIII : Thèmes consolidés relatifs au type d'acte.

[116] Les DM font l'objet d'une règlementation spécifique intense en médecine humaine, au même titre que les médicaments. Ces règlements ainsi que des scandales sanitaires comme l'affaire des prothèses PIP ont grandement stimulé leur autonomie et l'importance accordée à la matériovigilance. En médecine vétérinaire, aucune règlementation spécifique n'existe, si bien qu'ils sont essentiellement perçus comme des outils intégrés à d'autres actes et non de manière autonome.

Thèmes après consolidation relatifs à l'acte réalisé		Exclusion
Administration	Sous-thèmes (subordination) relatif à l'acte administratif - Consentement - Gestion des déchets - Transmission d'information - Identification du patient ou du client - Planning général - Registre, traçabilité - Gestion des stocks - Réponse à une urgence - RDV spécifique	
Procédure	Diagnostic (dont examens complémentaires)	
	Chirurgie	Obsté. Repro.
	Soins et hospitalisation	
	Obstétrique et reproduction	
	Suivi	
	Contention et détention	
	Hygiène et asepsie	
	Prévention	
Produit	Matériel	Anesthésie
	Médicament	Anesthésie
	Anesthésie	

Les thèmes du types d'acte étant désormais consolidés, on peut synthétiser la typologie suivie pour l'ensemble de ce travail (voir figure 8).

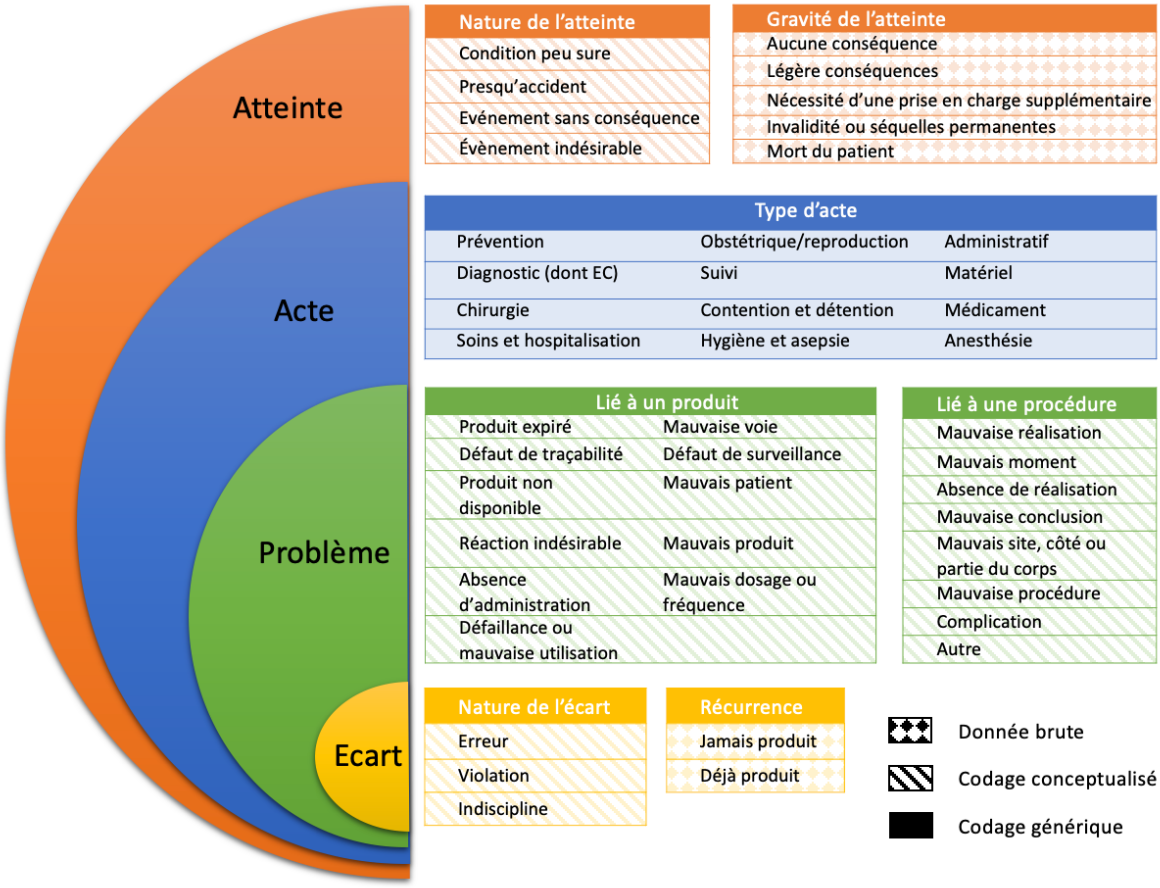


Figure 8 : Synthèse du modèle conceptuel suivi dans cette étude et méthode de codage associée pour déterminer chaque critère.

B. Les types d'actes associés aux erreurs

1. Distribution générale

Sur les 517 témoignages, 21% concernent des actes administratifs, 40% des actes liés à une procédures et 39% des actes liés à un produits.

Du fait de la taille différente des échantillons entre vétérinaires et auxiliaires, les proportions générales sont fortement tirées par les erreurs des vétérinaires. Il est donc nécessaire d'étudier les types d'actes en fonction du métier.

a. En fonction du métier

Les erreurs les plus témoignées sans différence significative entre les vétérinaires et auxiliaires concernent l'utilisation des médicaments (24%), puis l'administration (21%). La répartition varie ensuite en fonction du métier.

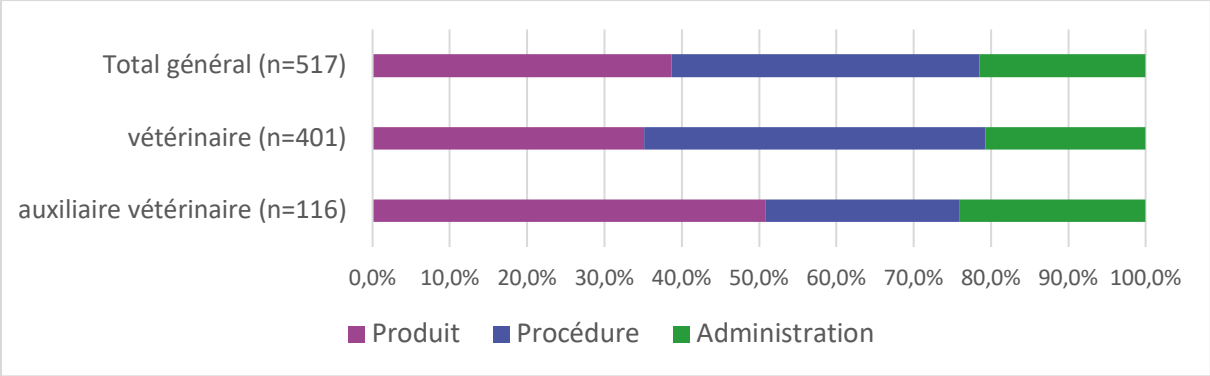


Figure 9 : Pourcentages des types généraux d'actes témoignés en fonction du métier.

Vétérinaires

Pour les vétérinaires, les erreurs les plus fréquentes après les médicaments et l'administration sont ensuite liées au diagnostic (19%). Les erreurs liées à l'anesthésie (8%), à l'obstétrique et la reproduction (7%) arrivent en quatrième position. La chirurgie, le matériel et d'hygiène en cinquième position représentent 4 à 5% des erreurs témoignées. Les erreurs liées au suivi, à la prévention et à la contention sont relativement rares (1%).

Auxiliaires

Pour les auxiliaires, les erreurs les plus fréquentes après celles liées aux médicaments et à l'administration sont celles liées à l'anesthésie (17%). Les soins, le matériel, et le diagnostic sont en 4ème position et représentent 7 à 9% des témoignages. La chirurgie et l'hygiène sont en 5ème position (3%). Les erreurs liées au suivi, à la prévention, à l'obstétrique et à la contention sont les plus rares (1%).

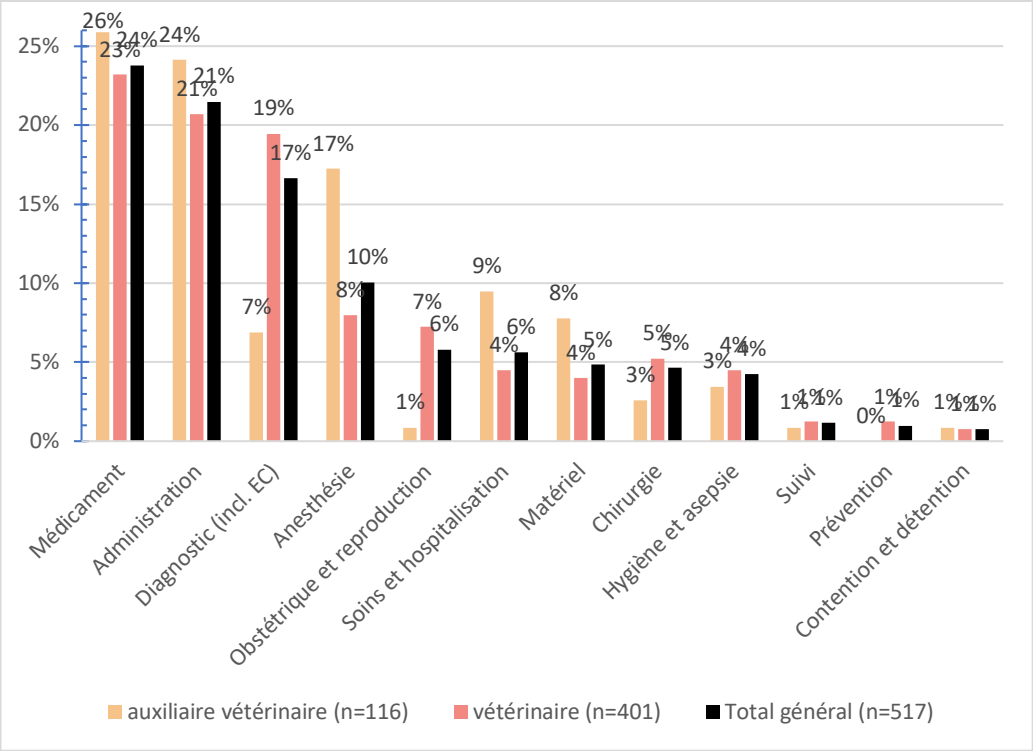


Figure 10 : Pourcentages des types détaillés d'actes témoignés en fonction du métier.

b. Influence de l'expérience

L'âge ne semble pas influencer les erreurs témoignées. Aucune différence significative n'est observée. Néanmoins, on peut formuler deux hypothèses :

- Les moins expérimentés pourraient faire ou remarquer davantage les erreurs de diagnostic, la médiane étant plus faible que les autres catégories.
- L'anesthésie est la catégorie pour laquelle le troisième quantile est le plus bas. Les plus expérimentés pourraient faire moins ou être moins sensibles aux erreurs d'anesthésie.

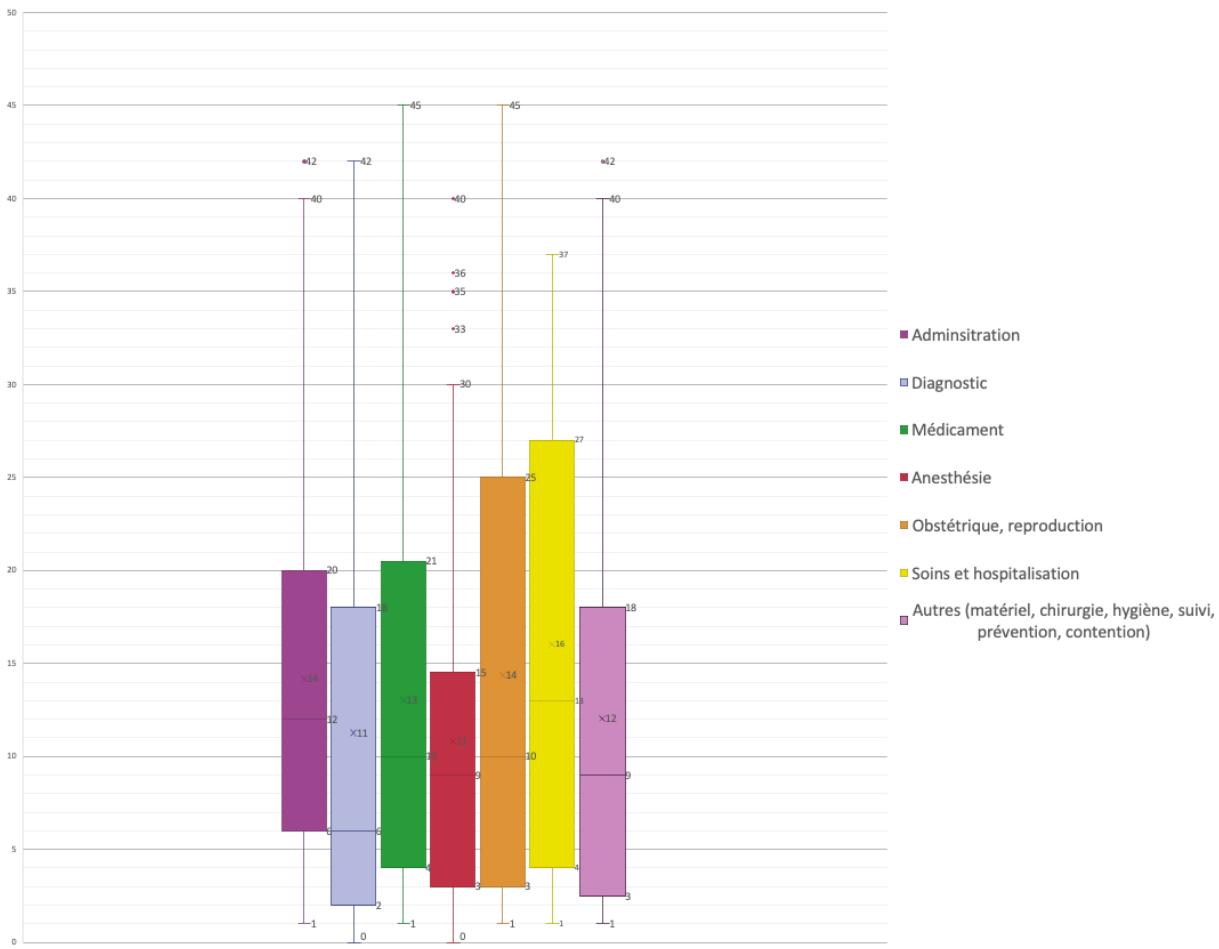


Figure 11 : Boxplot de l'expérience des soignants par types d'actes témoignés

c. *Influence du sexe*

Comme il n'y a aucun homme dans l'échantillon d'auxiliaire vétérinaire, l'influence du sexe est étudiée chez les vétérinaires seulement.

Les femmes ont témoigné davantage d'erreurs médicamenteuses, et d'autres types d'erreurs (soins, hygiène, suivi, matériel). Les hommes ont témoigné davantage d'erreurs liés administratives et liées à la chirurgie.

Ces différences pourraient s'expliquer par une différence de tâches entre les hommes et les femmes.

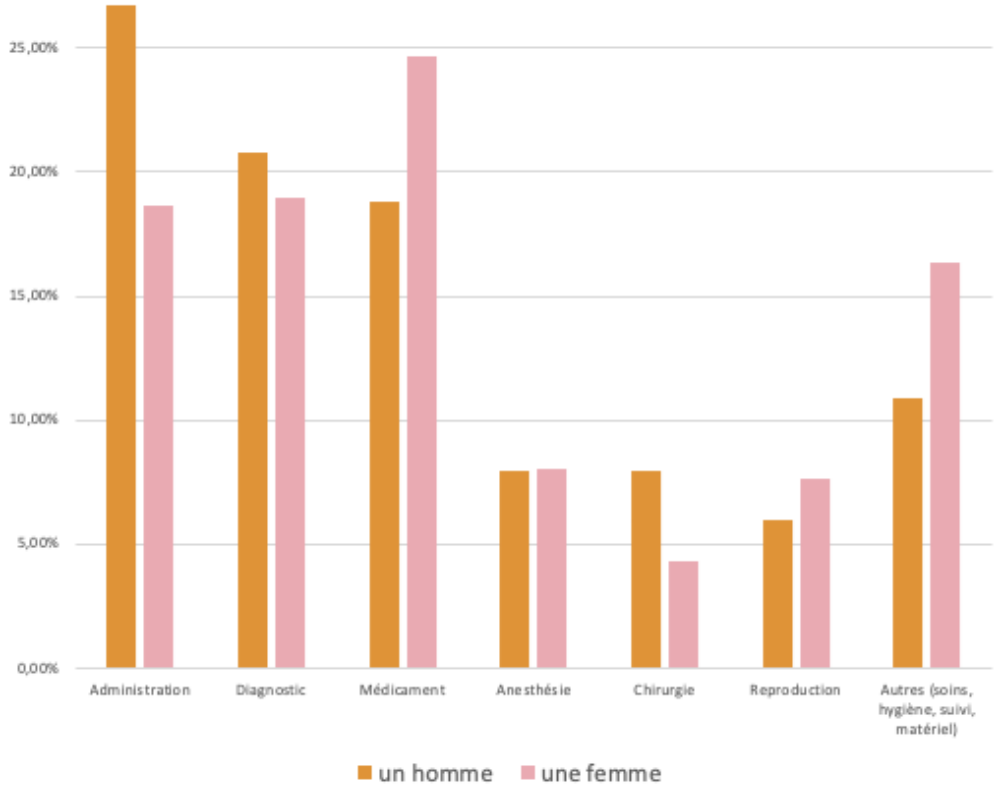


Figure 12 : Pourcentages des types d'actes témoignés en fonction du sexe.

2. Les erreurs administratives

Les erreurs administratives représentent 21% des erreurs témoignées. Il est possible que les erreurs liées à des tâches administratives soient sous-déclarés, certains ne les identifiant pas comme impactant la sécurité des soins (« gros biais entre des erreurs "matérielles" (commande, stock, communication) et erreurs ayant des répercussions sur la santé des patients »).

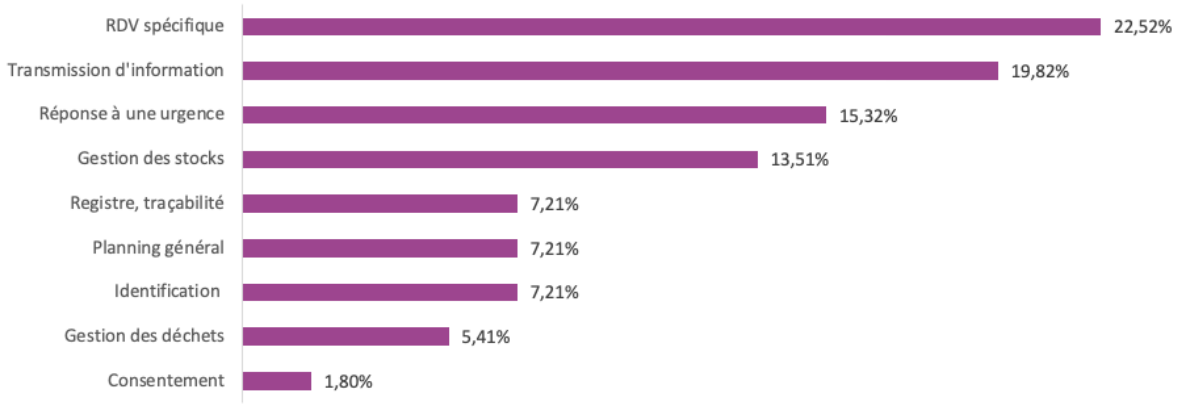


Figure 13 : Pourcentages des types d'actes administratifs témoignés sur l'ensemble des erreurs administratives

Les erreurs administratives les plus fréquentes concernent un RDV spécifique (23%). Elles peuvent concerner :

- des oublis, doublons ou ratés dans la prise de RDV : « Oubli d'un client en salle d'attente », « Oubli d'un client en salle d'attente », « Erreur dans la prise de rdv. Rdv pris pour euthanasie compliquée en même temps qu'un autre rdv », « Avoir dis à des clients sau téléphone qu'ils étaient hors secteur pour un domicile alors que pas du tout »,
- ou la gestion du RDV : « Attente prolongee d'un patient et de son proprietaire due à une mauvaise estimation de la durée d'une procedure d'un autre patient », « erreur de transmission d'un rendez vous donc attente du client et adaptation de l'équipe pour rattraper. », « Oublie d'un animal en train de s'endormir avec son propriétaire pour une euthanasie ».

Le second type d'erreurs fréquentes concerne la transmission d'information. Le destinataire est généralement le client : « J'ai oublié de rappeler un client pour lequel j'avais vu un post-it laissé par mon ASV. », « Manque de clarté lors de demande téléphonique sur les risques de réactions vaccinales. », « avoir oublié de préciser que l'animal devait être à jeun ». Mais il peut également être un collègue (« défaut de transmission d'information suite à animal vu en garde . »), ou un confrère notamment lors de cas référés (« Pas le temps de rappeler certains vétérinaires référents. », « Retard dans la transmission de rapport de consultation référée »). La forme peut être orale ou écrite (« défaut de qualité du bilan de sortie post op. Acte délégué que j'aurais du relire et qui est partie sans relecture. »).

Le troisième type le plus fréquent est l'évaluation et la réponse à une urgence :
- sur place : « Un chat déposé pour un problème à l'œil, car pas de place en consultation. A l'accueil je pensais à une grosse conjonctivite et finalement c'était un abcès derrière l'œil. Avec le nombre de rdv qu'il y avait la veto n'a pu le regarder que le soir. Donc la gestion de la douleur n'a pas pu être mise en place avant. », « un chien est arrivé en decubitus en urgence. Il a attendu 30 minutes xar j'étais dejaen consultation et ma collègue dastreinte netait pas encore arrivée . Au téléphone, le cas de ce chien ne mavait pas semblé si grave. »,
- ou au téléphone : « Erreur de planning, un animal nécessitait une consultation en urgence mais un RDV lui a été donné pour le lendemain seulement. Heureusement l'erreur a été détectée suffisemment tôt pour que les gens soient rappelé et qu'on puisse les faire venir dans la journée. », « fatigue d'un chien le vendredi apres midi, avec melanome buccal et sous chimio. avoir maintenu le rendez vous du mardi suivant, chien decedé le samedi apres l'appel ».

Le quatrième type le plus fréquent concerne la gestion des stocks. L'erreur concerne la gestion des stocks dans son ensemble (« gestion des stocks faussée par mauvaise intervention informatique », « Oubli de passer la commande la veille d'un jour férié (jour différent de l'habitude) ») ou pour des situations particulières, pour un client ou un médicament particulier : « Oubli de commandes de médicaments particuliers pour un patient suivi depuis longtemps », « J'ai oublié de commander du métacam alors que j'ai fini le flacon. ».

Les autres types d'erreurs plus rares concernent:
- le registre et la traçabilité, généralement les informations à inscrire dans le dossier patient : « Un carnet de santé a été égaré apparement dans la clinique et nous ne l'avons jamais retrouvé », « Oubli de mise à jour du dossier informatique de plusieurs

animaux », « Lors de la réalisation d'un bilan pré-anesthésique, j'ai affecté une demande d'analyse au dossier du mauvais patient. Je m'en suis rendu compte à la réception du résultat. »).

- la gestion du planning de manière générale, engendrant de l'attente pour les patients : « Mauvaises gestion du planning ayant entraîner un retard d'1h sur les consultations + impossible de regarder les hospitalisés (dont certains nécessitait une surveillance attentive », « Mauvaise gestion du planning donc retard sur les rendez-vous », « L'attente qui est parfois trop longue, surtout pour les chats ».
- l'identification des clients (« Mauvaises coordonnées d'un client, impossible de le rappeler pour donner des nouvelles », erreur prise rendez-vous - dossier non complet, proprio ne pouvant être joint ») ou des animaux (« Mauvaise lecture du tatouage d un chat trouvé », « Mauvaise saisie de l'identification d'un animal lors d'une déclaration de morsure ».)
- la gestion des déchets : « Arrivée la première le matin' Chien en chimio, avait fait ses besoins dans sa cage je l'ai mis dehors (ou on sort tous les autres chiens);pendant que je nettoyé sa cage. J'ai jetté ses excréments à la poubelle au lieu de les lettres en destruction. Et je ne sais pas s'il a fait dehors aussi... », « erreur de poubelle entre bac DASRI / bac classique / bac piquant- coupant ».
- le consentement : « Bilan/prexcription/conseils : oubli de mentionner la nécessité d'implanter une furette ayant une tumeur surrénalienne parmi plusieurs autres problèmes. L'acte a été réalisé mais je n'en avais pas parlé lors de la consultation initiale. », « lors de la prise d'une anamnèse sur un animal arrivant en urgence vitale (arrêt cardiaque sur le parking), j'ai omis de demander au propriétaire si celui-ci souhaitais qu'on pratique une réanimation cardio-pulmonaire a son chien (le propriétaire pratiquait lui même un massage cardiaque a son chien a notre arrivée) »

C. Type de problème

Le type de problème a été évalué pour les erreurs liées à des produits et des procédures par ACT conceptualisée. De rares témoignages n'étaient pas suffisamment précis pour pouvoir déterminer le type de problèmes. Par exemple, dans le témoignage suivant « Erreur de prescription lors de la rédaction de l'ordonnance », le problème peut être sur la dose ou bien sur type de médicament. Ceci explique les légères différences entre les nombres présentés pour le type d'acte (exemple : 123 actes médicaux témoignés mais que 119 problèmes identifiables).

1. Problèmes liés à l'utilisation d'un produit

a. Description des problèmes

Sur les 196 problèmes associés à un produit, 5 problèmes fréquents apparaissent et 7 plus rares.

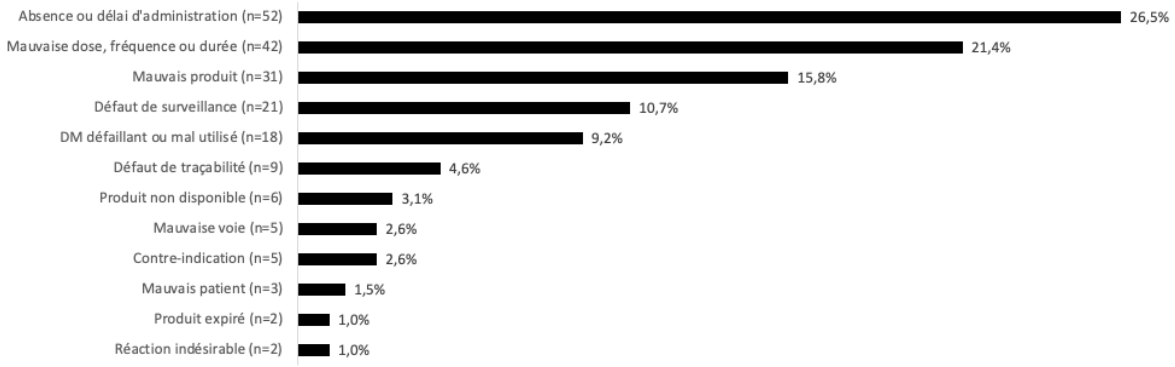


Figure 14 : Pourcentages des types de problèmes liés à un produit témoignés sur l'ensemble des erreurs liées à l'usage d'un produit

Le premier problème est l'absence ou un délai dans l'administration du produit (26,5%). Il peut être dû :

- à un oubli : « Oublie d'analgésie pour la nuit lors de l'hospitalisation d'un animal opéré d'une entérotomie 6heures auparavant », « J'ai omis de faire le rappel du vaccin CHLPPi lors d'une visite pendant laquelle je devais également réaliser une prise de sang pour un titrage antirabique. », « un médicament que je voulais donner est resté sur le comptoir », « Oubli d'une analgésie dans mon protocole anesth », « Oubli de préparer les injections nécessaires à la chirurgie »
- ou à un raté, échec d'administration : « Injection ratée de vaccin (la moitié du vaccin est restée hors du chat) sur un chat agressif vacciné à la volée à domicile. », « Mise en place implant sur furet, l'implant est sorti deux fois, au bout de troisième, obligée de gazer afin qu'il se laisse faire ».

Le second problème concerne la quantité de produit (21,4%) :

- Soit à un instant (erreur de dosage ou posologie) : « Surdosage d'une injection de sédatif : erreur sur le poids de l'animal dont je pensais me souvenir mais en fait absolument pas », « J'ai opéré une chinne en urgence d'un pyometre. Je lui avais injecté de la morphine et m'a collègue ne m'a pas demandé et lui en a injecté à son tour », « Pose d'une puce électronique alors que l'animal était déjà pucé. », « erreur de posologie amoxicilline - acide clavulanique : une prise par jour au lieu de deux prises par jour »
- Soit dans le temps (erreur de fréquence ou sur la durée) : « erreur de communication avec propriétaire d'un chat sous corticothérapie pour syndrome éosinophilique qui a diminué la dose trop tôt ce qui a entrainé une rechute. », « Administrer des antibiotiques le soir alors qu'ils avaient déjà été administrés le matin et que la durée d'action était de 24h. ».

Le troisième problème le plus fréquent en lien avec un produit est d'utiliser le mauvais produit : « J'ai procédé à l'implantation d'une puce électronique du mauvais type sur une espèce exotique. J'ai implanté une puce électronique de faune sauvage domestique au lieu d'une puce électronique pour faune sauvage non domestique. », « Il y avait 2 seringues sur la table de chirurgie mais je n en ai vu qu une au début pendant être du Ringer.alors que j en avais préparé une aussi de laocaine. En flushant le cathéter j ai vu l autre seringue et ai eu peur de mettre trompé entre les deux.je pense que c'était le ringer mais pas certaine », « En rangeant les

injectables j'ai confondu le Vetmedin et le Dimazon... j'ai mis le Dimazon dans la boîte du vetmedin à cause du stress et de la précipitation ».

Le quatrième type de problème est lié à un défaut de surveillance. On le retrouve particulièrement en anesthésie, lors des phases de réveil : « Animal extubé trop tard par défaut de surveillance (a machonné la sonde) », « Sortie d'un patient avec réveil incomplet ». En particulier, le défaut de surveillance de la température est le plus souvent en cause : « Température ambiante pas assez prise en compte donc animal qui s'est refroidi après la chirurgie donc réveil plus long et qui a nécessité des moyens supplémentaires de réchauffement de l'animal pour permettre son réveil », « Réveil insuffisamment surveillé d'un lapin qui est du coup tombe en hypothermie au réveil », « suite à une chirurgie de convenance nous n'avons pas pris la température de l'animal en cours de réveil il était en hypothermie ».

Enfin, la mauvaise utilisation ou la défaillance d'un DM est la cinquième erreur fréquemment décrite : « mauvais branchement de l'anesthésie gazeuse vis-à-vis de l'oxygène », « Hémoabdomen sur tumeur de la rate, aspirateur branché à l'envers par l'ASV, perte de temps en chir et perte de chance pour l'animal. Autotransfusion prévue à la suite de l'intervention », « Oubli de mettre l'interrupteur du matelas chauffant sur on. », « Lacette de sonde non détachée, l animal a inhalé un morceau ». En anesthésie, les problèmes concernent la gazeuse, les matelas chauffants et les sondes sont les matériels les plus souvent en cause. Hors anesthésie, les problèmes décrits sont généralement liés à la perfusion : « Remise en place d'une perfusion à l'envers . La pompe pompait le sang du chien », « J'ai mal flushé la tubulure de perfusion et il restait beaucoup d'air, j'ai mis en route la perfusion... ».

Les autres types de problèmes sont plus rares (<5%). Ils comprennent :

- des problèmes de traçabilité comme par exemple « Non impression d'une ordonnance (rural) »),
- des produits non disponibles : « plus d'attelle dans la taille désirée car oublie de vérification de ce tiroir lors du dernier point sur les stocks »[117],
- l'utilisation d'une mauvaise voie : « J'ai identifié un chat en mettant la puce à droite et non à gauche », « Ma collègue à prescrit du strongold sur un chaton de 250g et la dame la administré par voie oral car mal expliqué et le chaton à fini aux urgences entre la vie et la mort »,
- des contre-indications : « Utilisation de butorphanol pleine dose lors de l'anesthésie d'un chien border collie non testé MDR1 »,
- des inversions de patients : « J'ai donné le traitement d'un chien hospitalisé à un autre chien de la même race dans une cage voisine »
- l'utilisation de produits expirés : « Vaccination avec un vaccin dont la date limite etait dépassée. »

[117] Ce type de problème peut se recouper avec le sous thème « gestion des stocks » des actes administratifs. La sélection dépend de l'acte choisi. Si l'acte réalisé par le répondant est la gestion des stocks et qu'il oublie de passer une commande, alors le sous-thème est la gestion des stocks. Si l'acte réalisé est l'utilisation d'un médicament, alors le type d'acte est médicament et le problème est l'indisponibilité du médicament.
Ce type de problème est indépendant de l'absence ou du délai d'administration car ce n'est pas car un produit est indisponible qu'il résulte nécessairement en l'absence d'administration. Un générique peut être utilisé, ou le produit trouvé ailleurs (en pharmacie par exemple).

- des réactions indésirables : « Arrêt cardiaque lors d'injection du midazolam en pleine chirurgie ».

b. Problèmes en fonction du type d'acte

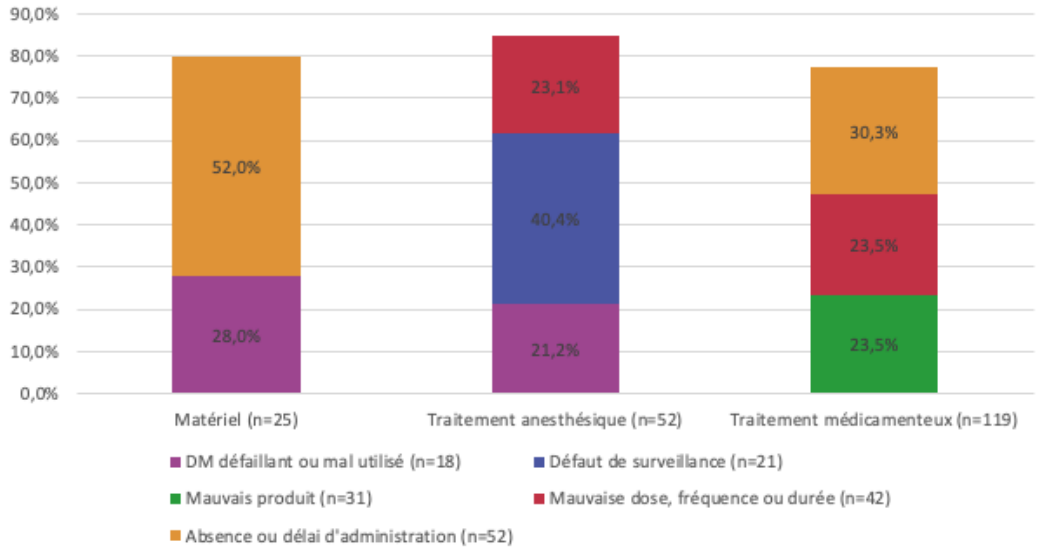


Figure 15 : Pourcentages des types de problèmes liés à un produit témoignés par type d'acte

Les problèmes les plus fréquent lors de l'utilisation de médicaments (n=119) sont l'absence ou le délai d'administration (30,3%), la mauvaise dose et le mauvais produit (23,5% pour chaque). Ces trois problèmes représentent près des trois quarts des problèmes liés à l'usage de médicaments. Les autres problèmes sont plus rares.

En anesthésie (n=52), 40,4% des problèmes sont liés à un défaut de surveillance. La mauvaise dose et le mauvais usage d'un DM représentent les seconds types de problèmes les plus fréquents (respectivement 23,1% et 21,2%). Ces trois catégories représentent plus de 80% des problèmes rencontrés au quotidien en anesthésie.

Pour le matériel, le nombre de témoignages est plus faible (n=25). La moitié concerne une absence ou un délai d'administration (« Perfusion non passée correctement », « N'ai pas proposé de collier lune à la place d'une colerette non supporte par le chien. Donc léchage hématome gêne pour le chien... », « échec d'implantation de puce électronique qui est ressortie »). Vingt-huit pourcent des cas concernent une mauvaise utilisation du matériel : « Oubli de retirer le mandrin de la sonde naso-oeso ce qui a provoqué un saignement du nez chez un chien », « Tubulure de perfusion pas complètement flushée, grosse bulle d'air partie en IV, mais la chienne va bien malgré une grosse frayeur. » Les autres problèmes sont plus rares.

2. Problèmes liés à la réalisation d'une procédure

Tableau IX : Définition des types de problèmes

Type de problème	Définition
Absence	Ne pas faire la procédure (dans son ensemble ou une étape)
Mauvaise réalisation	Faire mal la bonne procédure
Mauvaise procédure	Faire la mauvaise procédure
Mauvais moment	Faire la bonne procédure au mauvais moment
Mauvais site	Faire la bonne procédure au mauvais endroit
Mauvaise conclusion	Faire la bonne procédure mais mal conclure
Complication	Faire la bonne procédure mais avoir des complications

La détermination des types de problèmes a été réalisée pour les procédures les plus réalisées : diagnostic (17% des actes), obstétrique et reproduction (6%), soins et hospitalisation (6%) et chirurgie (5%). Hygiène, suivi, prévention et contention n'ont pas été analysés plus en détail.

a. Description des problèmes

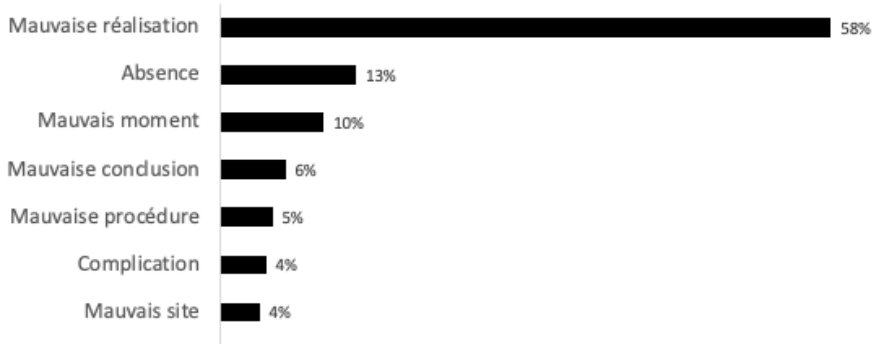


Figure 16 : Pourcentages des types de problèmes liés à une procédure sur l'ensemble des erreurs liées à une procédure

Sur les 164 problèmes associés à ces procédures, le problème le plus décrit est la mauvaise réalisation de la procédure (58%). La procédure peut être :

- ratée : « Hémorragie per opératoire lors d'une ovariectomie de chienne (dogue allemand) car confusion et préhension d'un ganglion mésentérique au lieu de l'ovaire, puis ligatures de l'artère mésentérique qui saignait », « Coupe de griffes un peu courte sur un perroquet donc petit saignement. », « erreur de diagnostic pour une gale sarcoptique prelevement à visée de diagnostic trop rapide mal fait par manque de temps et fatigue », « Réalisation d'une injection de vitamine B12 AVANT d'effectuer le prélèvement sanguin pour envoyer un bilan d'absorption (folates, B12) »[118], « Lésion du pharynx sur un chat qui a fléchi la tête au moment de la prise de sang à la jugulaire »,
- ou incomplète : « Césarienne bouledogue prématurée. J'ai sorti 3 chiots morts et laissé 3 chiots. Une semaine plus tard 3 chiots sont sortis par voie naturelle dont 2 morts juste après la naissance et un vivant ».

[118] Une hésitation avec un problème de temporalité s'est posée. En l'espèce, la procédure dans son ensemble a lieu au bon moment, mais les étapes ont été inversées, ce qui motive le classement en « mauvaise réalisation » plus qu'en « mauvais moment ». Le même raisonnement s'applique par exemple pour l'exemple suivant : « Oubli de lecture du test felv fiv dans le délai imparti ».

Le second problème est l'absence de réalisation d'une procédure ou d'une étape d'une procédure (13%), par exemple : « Oubli de vidange des GA alors que la propriétaire a rapporté un signe du traîneau », « Sur un chat accidenté, à cause de la quantité de travail je n'ai pas pris le temps de prendre sa température qui a fortement chuté pendant la journée. », « examen préanesthésique incomplet (pas de bilan ni examen cardiaque approfondi) arrêt respiratoire en fin de chirurgie (ovariectomie), chien réanimé avec succès » ou encore « Prélèvement de selles non identifié et analyse perdue ».
L'absence de réalisation d'une étape peut être vue comme une mauvaise réalisation de la procédure dans son ensemble : « comme ce n'est pas fait, c'est mal fait ». Si les deux constituent des erreurs d'exécution, la mauvaise réalisation est « j'ai fait ce qu'il fallait faire, mais je l'ai mal fait », alors que l'absence de réalisation est « je n'ai pas fait tout ce qu'il fallait faire ».

La réalisation de la procédure au mauvais moment est le troisième type de problème (10%). Elle peut être faite :

- en retard : « Je n'ai pas réfèré assez vite un ulcère cornéen (desmetoceole) chez un . Bouledogue. », « Occlusion mais samedi soir donc chirurgie que dimanche matin », « Détection d'une parvovirose chez un chiot mais après une anesthésie et endoscopie. Perte de chances pour le patient, contamination de plusieurs salles de la clinique »)
- ou au contraire, trop tôt : « Chirurgie d un chat trop tôt apres un avp sans savoir si sequels neuro vont disparaitre ».

Le quatrième type de problème est une mauvaise conclusion : « Chat soigné le dimanche pour une suspicion d'angine (ganglions mandibulaires enflés et troubles de la déglutition), revu le lundi soir par une collègue et mis sous sédation. Diagnostic: tumeur de la langue -> euthanasie », « Suspicion CE digestif à la radio qui finalement n'était pas présent ».
La différence entre une mauvaise conclusion et une mauvaise réalisation est parfois difficile à percevoir, comme dans le cas suivant : « Choix de ne pas poser de drain sur plaie. Nécessiter de reprendre la plaie sous anesthésie 2 jours plus tard ». La décision est faite en fonction du témoignage, si le répondant estime qu'il a mal fait les choses, alors le problème est une mauvaise réalisation. S'il estime qu'il a bien fait les choses mais que le résultat est tout de même erroné, le problème est une mauvaise conclusion. Dans l'exemple précité, il est facile a posteriori de dire « il aurait fallu poser un drain », mais au moment de prendre la décision et des éléments dont disposait le répondant, ne pas poser en drain s'avérer comme le bon choix. Ces problèmes sont fréquents lors de diagnostic, mais il est important d'évaluer l'événement en fonction de la conscience de la situation au moment de la décision.

Les autres problèmes sont, par ordre décroissant :

- réaliser la procédure sur le mauvais site. La plupart des témoignages concernent la confusion entre un mâle et une femme ammenant à chercher des ovaires en vain : « Chercher des ovaires sur une chatte tricolore... Qui avait 2 testicules cachés et collés dans les poils en inguinal. Pourtant vérifié à la pré consult et reverifié par l'asv », « stérilisation d'une lapine, qui s'est avéré être un mâle. nous nous en sommes rendu compte en ne trouvant pas l'utérus après avoir ouvert la cavité abdominale ». Deux témoignages concernent un abord erroné : « Incision au niveau du muscle au lieu de la ligne blanche sur une chienne avec un pyromètre », « Tonte et préparation pour un

abcès dentaire alors que la voie d'abord se faisait par voie intra orale et non par l'extérieur ».

- faire la mauvaise procédure : « Je devais envoyé un dosage sérologique pour leishmaniose. J'ai prélevé sur un tube sec alors qu'il fallait un tube hepariné. J'ai du faire revenir les clients. », « J ai fait une transfixion sur l ensemble du pedicule ovarien au lieu de faire 2 ligatures comme d habitude ».
- des complications : « Hématome post chir suite castration chien », « Je ne connais pas encore l'erreur mais il doit y en avoir une: détartrage lundi d'une chienne en forme à part ses dents, bouche pré-op nickel et qui vomit depuis son réveil », « léger saignement sur une plaie de castration chien avec collection de sang importante dans les bourses », « je n'ai pas assez insisté sur la surveillance des chiots suite à une césarienne après le retour à la maison et un chiot est mort chez lui sans doute d'hypothermie et /ou de manque d'énergie (lait) ». Ce problème est codé lorsque les autres types de problèmes ne peuvent pas être identifiés à la lecture des témoignages. La limite entre aléa et erreur apparaît alors comme délicate dans ces cas-ci.

La répartition des principaux problèmes en fonction des types de procédures est présentée sur la figure X. En obstétrique et reproduction, soins et chirurgie, le principal problème est la mauvaise réalisation (respectivement 64,3%, 78,6%, 70%). Le nombre de témoignages relatifs à ces types d'actes est trois fois plus faibles que pour le diagnostic, ce qui explique potentiellement pourquoi la distribution des problèmes pour ces actes soit moins diluée et la mauvaise réalisation aussi importante.

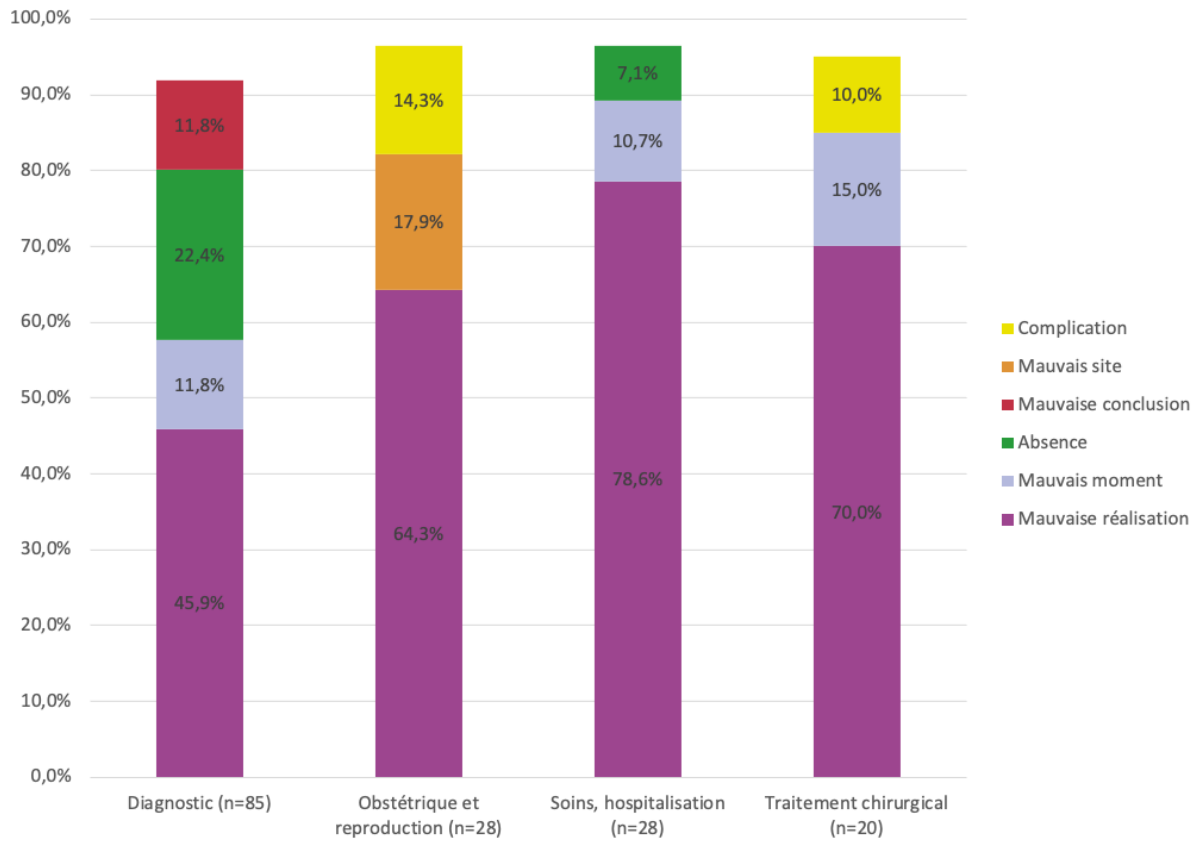


Figure 17 : Pourcentages des types de problèmes liés à une procédure par type d'acte lié à une procédure.

Le nombre de cas en diagnostic étant important, il est intéressant d'explorer ce thème.

b. Les problèmes liés à des actes de diagnostic

Le problème les plus rencontré lors d'actes liés aux diagnostics est sa mauvaise réalisation. Le défaut peut être lié :

- à la prise d'anamnèse ou de commémoratifs : « Manque d'écoute des propriétaires vis-à-vis des problèmes rencontrés par leur animal ayant conduit à un diagnostic imparfait », « Comemo trop superficiel » ;
- à l'examen clinique : « Examen clinique insuffisant, j'ai manqué une tumeur mammaire », « Observation de pétéchies trop tardive » ;
- au raisonnement clinique : « Un chat venu pour abcès. Le chat était diabètique, j'ai vérifié la glycémie qui était à 0,65 (donc plutôt basse). Je n'ai pas réalisé que c'était trop bas (car pas forcément prise au pic) et qu'il fallait donc baisser l'insuline malgré la perte de poids du chat (que j'ai mise sur le dos de l'abcès). » ;
- ainsi que sur les examens complémentaires : « Examen complémentaire loupé car pas assez de sang prélevé », « Etre passée a côté d'un oedeme pulmonaire sur une radio et à l'auscultation, rattrapé deux jours apres lors d'un suivi. ».

Le second type de problèmes rencontré est l'absence de réalisation d'une étape de la procédure de diagnostic clinique, généralement à cause d'un oubli : « Oubli d'une hypothèse diagnostique pourtant majeure d'après le tableau clinique. Erreur rattrapée en discutant avec ma collègue. », « Oubli de prise de température sur 2 animaux », « Recherche diagnostic vomissement et pupd : pas de dosage du cortisol alors que le chien est un schnauzer prédisposé au syndrome de Cushing », « Un lapin en arrêt de transite et hypothermie, j'ai traité l'arrêt. De transit et l,hypothermie sans voir le déficit proprioceptif sur les postérieurs (que je n'ai pas testé du tout) ».

Les troisièmes types de problèmes rencontrés sont :

- bien mener son examen clinique et ses examens complémentaires mais mal conclure : « Mauvais jugement de la gravité d'une affection. », « J'ai sous estimé la gravité de l'état de santé d'un chat et je l'ai renvoyé chez lui au lieu de l'hospitaliser ou bien de le référer »
- réaliser la bonne procédure mais au mauvais moment : « Retard dans un résultat d'analyse urgent », « J'aurais du faire un bilan sanguin dès le départ sur ce cas ». Ils concernent souvent un délai avant de référer : « j aurais du référer plus tôt pour une écho sur suspicion cancer généralisé demandant une euthanasie », « Trop attendu pour référer ».

D. Nature des écarts

L'étude porte sur les écarts. Néanmoins, la confusion avec les erreurs fait que certains témoignages ont pu porter sur des violations.

1. Quelques violations

Pour différencier les erreurs des violations, un codage conceptualisé a été réalisé sur les 517 témoignages. 30 violations ou indisciplines ont été identifiées, soit 6% des témoignages.

Repérer des indisciplines est parfois facile (« Mauvais choix d'analyses car pas trop envie de soigner cet animal (propriétaire pénible) »). Mais déterminer la limite entre violations et indiscipline n'était pas toujours possible, comme dans les trois exemples suivants pour lesquels on peut se demander si l'objectif poursuivi est personnel ou opérationnel (ou surement un entre deux) :

- « Chat pas suffisamment réveillé pour rentrer chez lui à l'heure de la fermeture mais rendu quand même au Proprietaire » : est-ce que les ressources de la clinique ne permettent pas une surveillance du patient après les heures de fermeture de la clinique (violation) ? ou est-ce que l'équipe ne souhaitait pas avoir à surveiller un animal lors de la garde (indiscipline) ?
- « j'ai décidé de réaliser une chirurgie sur un patient, mais après réflexion je n'étais peut-être pas assez qualifiée pour le faire dans de bonnes conditions, j'aurai du référer. (cystotomie sur calculs vésicaux). Tout s'est finalement bien passé mais il y aura surement besoin de ré-opérer tout de même... je ne suis pas sur que cela rentre dans la définition d'une erreur puisque c'était intentionnel? C'était un mauvais choix. » : les motivations ne sont pas claires.
- « Pas d'examen complémentaire en première intention » : pourquoi ?

Un peu plus d'un quart sont liées à des actes diagnostiques. Ensuite, viennent les actes liés aux médicaments, puis à l'administration clinique. L'anesthésie et l'hygiène arrivent en quatrième place.

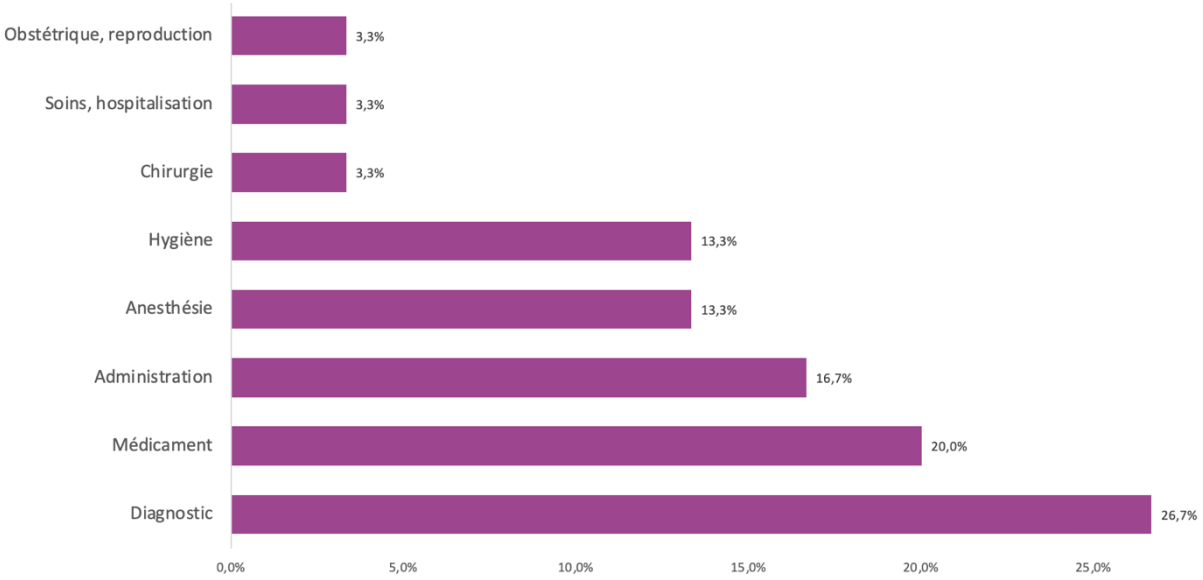


Figure 18 : Répartition des violations et indisciplines par type d'acte

Quelques causes explicites des violations ont pu être identifiées. Lorsque les verbatims n'étaient pas suffisamment étayés, aucune conclusion sur la cause n'a été faite.

Les violations peuvent être dues à pressions sur les ressources, notamment temporelles :

- « Animal venu pour vomissements et prostration. Examen clinique et bilan sanguin ionique sans anomalie. Recherche d'un corps étranger par radiographie qui n'était pas d'excellente qualité, que j'aurai du refaire mais que je n'ai pas fait par manque de

temps. Malgré le traitement prescrit l'animal est revenu le lendemain avec la même clinique . Un corps étranger a été visualisé à l'échographie , opération réalisée dans la foulée sans complications. »,

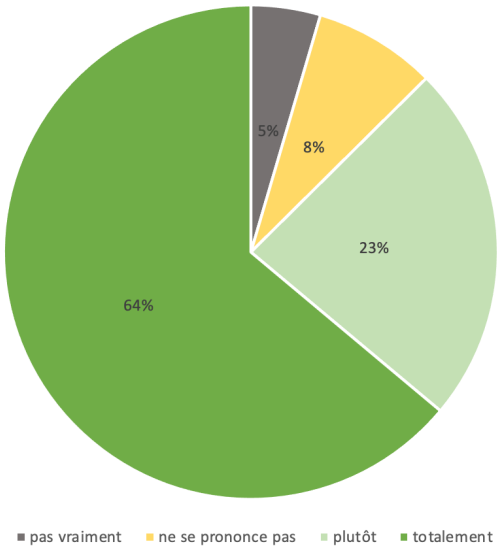
- « Le rasage pre chirurgical n'était pas optimal mais j'ai quand même ouvert par manque de temps et j'ai regretté car il y a eu des poils qui sont rentrés dans la plaie, des antibio ont du être mis sur une durée plus longue »,
- « Ne plus avoir le temps de nettoyer et désinfecter nos cages d'hospitalisation normales à fond »,
- « Traitement donné en milieu e journée et non le matin car le tel m'a empêchée de prendre le temps de lui donner correctement ».

Les violations peuvent également avoir lieu lorsque les contraintes sont augmentées :

- Non disponibilité de l'équipe : « Chat de fourrière dont les patrons ne voulait pas s'occuper (parce que acte rémunéré moins cher) je m'en suis occupé, j'ai finalement diagnostiquer une CMH mais étant loin d'être une spécialiste en echocardio (pas de formation, peu d'expérience) j'ai essayer d'obtenir l'avis d'un patron sans succes. Rentrer sous traitement pour un cmh. Revenu et est décédé brutalement 1 semaine plus tard. Est-il mort de sa cmh, ou mauvais diagnostic? Cas très complexe. »[119]
- Organisation imposée : « J'ai du réaliser un surjet intra-dermique, surjet que je n'ai pas l'habitude de faire mais que les vétérinaires de la clinique dans laquelle je viens d'arriver font systématiquement sur les chirurgies de convenance pour ne pas avoir à revoir les animaux (pas de fils à enlever). Sur 4 ovariectomies, une a eu une infection légère de la plaie. », « Je ne fais plus systématiquement les ordonnances à l'année pour les api et après car ma nouvelle structure si animal vu dans l'année les asv le font à l'accueil. »

2. Evitabilité

Afin de différencier les aléas des erreurs, il était demandé d'estimer si cet incident était évitable. D'après les répondants, 87% sont plutôt ou totalement évitables.



[119] Dans ce témoignage, le comportement des patrons apparaît comme de l'indiscipline. Néanmoins, seul l'écart du répondant est considéré. Il savait qu'il ne faisait pas de manière optimale pour l'animal, mais ne pouvait pas faire autrement.

Figure 19 : Répartition de l'évitabilité des écarts témoignés estimée par les répondants.

Il semble que les écarts sont jugés pas vraiment évitables lorsqu'ils sont rendus inévitables par des critères non maîtrisables par le répondant :

- L'organisation du travail : « Mise en attente d'un prolapsus vaginal appel à 10h traité à 12H », « Mauvaise surveillance du réveil d'anesthésie », « Ne plus avoir le temps de nettoyer et désinfecter nos cages d'hospitalisation normales à fond »,
- Le comportement ou des caractéristiques de l'animal : « Sur un chiot très agité, mon aiguille a traversé deux fois la peau et le vaccin a coulé sur la table. J'ai dû recommencer l'injection. », « Coupe d'une griffe un peu courte »
- Des limites de compétences : « Non détection d'un souffle cardiaque chez un chat présenté pour thrombo-embolie de l'artère brachiale. J'ai donc mis le chat sous perfusion" à 2mL/kg/h car insuffisant rénal. Il a fait un oedème pulmonaire »

Pour autant, l'ensemble de ces événements sont des écarts et non aléas.

3. Récurrence

Sur les 517 erreurs témoignées, moins d'un tiers ne se sont jamais produites auparavant et près d'un tiers se sont déjà produites plus de 3 fois.

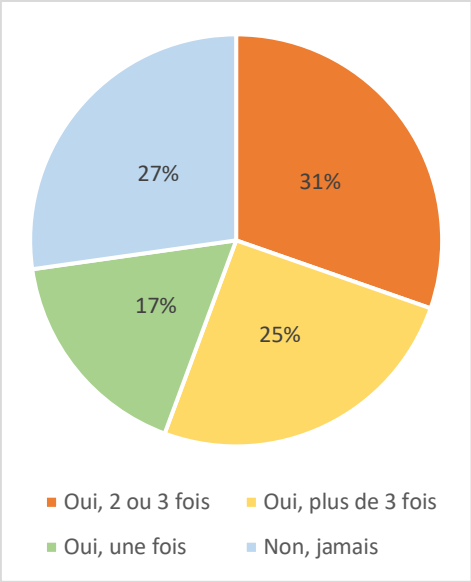


Figure 20 : Récurrence estimée par les répondants des écarts témoignés

En particulier, les erreurs les plus récurrentes sont liées aux médicaments, à l'administratif et aux soins.

Les moins fréquentes sont celles liées au diagnostic, à l'obstétrique, à la chirurgie.

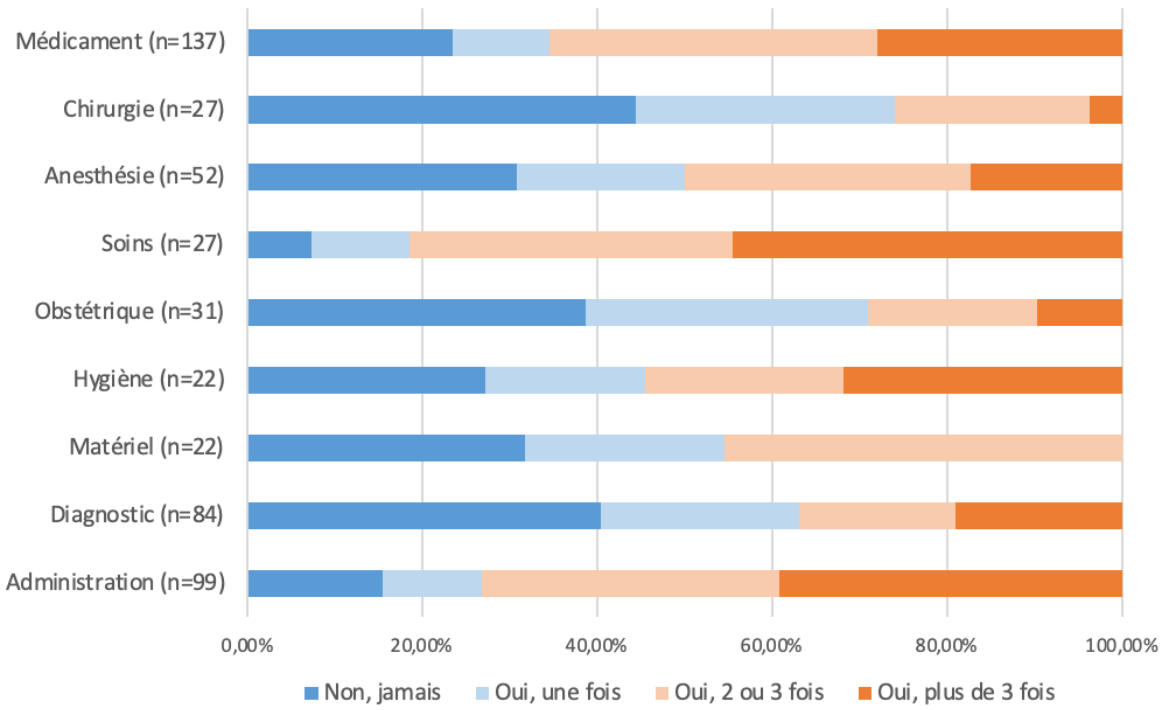


Figure 21 : Récurrence estimée par les répondants des écarts témoignés en fonction du type d'acte

E. Nature et gravité de l'atteinte

1. Nature

Les événements indésirables étaient directement identifiables en fonction de la gravité de l'atteinte. Ils représentent 50% des témoignages. Les actes liés à l'hygiène, l'administration et les médicaments sont ceux qui entraînent le moins d'EI (<50%) alors que l'obstétrique, la reproduction et la chirurgie sont ceux qui en entraînent le plus.

Les autres natures des écarts ont été obtenues par codage conceptualisé des témoignages dont la gravité déclarée est nulle. Lorsque l'erreur n'a pas eu de conséquence, l'erreur a-t-elle atteint ou pouvait-elle atteindre le patient ?

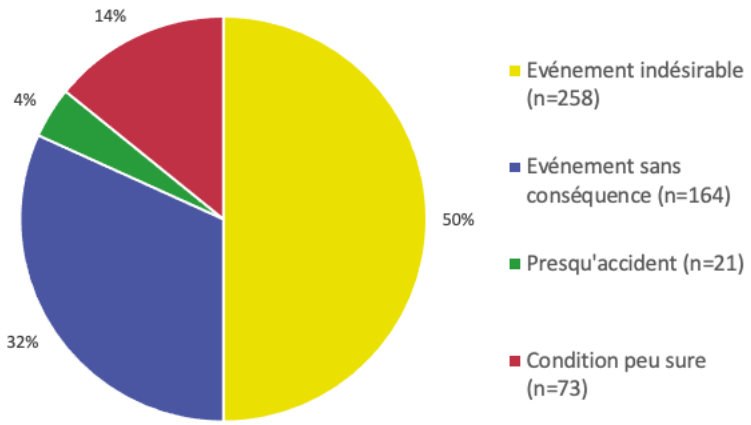


Figure 22 : Répartition de la nature des atteintes

Près d'un tiers des erreurs a atteint le patient mais n'a pas entraîné de conséquence. Cela peut-être :

- par chance : « Mauvaises gestion du planning ayant entraîner un retard d'1h sur les consultations + impossible de regarder les hospitalisés (dont certains nécessitait une surveillance attentive), « En vaccinant un chat, je suis passée à travers la peau et le vaccin est passé à côté. J'ai du recommencer », « Ordonnance carprox 20 donne canidryl sans réfléchir qui est heureusement la même chose ou presque. »
- car l'erreur a un faible potentiel de gravité : « Sous dosage d'une injection d'anti vomitif (calcul en fonction du poids de la fiche du patient, qui n'était pas le poids du jour (patient en croissance) », « J'ai identifié un chat en mettant la puce à droite et non à gauche »,
- ou car l'erreur est rattrapée : « Je devais envoyé un dosage sérologique pour leishmaniose. J'ai prélevé sur un tube sec alors qu'il fallait un tube hepariné. J'ai du faire revenir les clients. »,
- ou un mélange de ces causes. Par exemple, dans la situation suivante : « malgré la rédaction d'une ordonnance, mauvaise compréhension du traitement arrêt du traitement cardiaque au bout de 20 jours que l'on a repris ensuite », l'arrêt du traitement n'a pas eu de conséquence et a pu être rattrapée à la visite qui a suivie.

Les actes liés à des médicaments sont ceux qui représentent le plus d'événements sans conséquence.

Seulement 4% des erreurs sont des presqu'accident, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas atteint le patient mais aurait pu si elles n'avaient pas été rattrapées à temps. On les retrouve principalement associés à des erreurs liées à l'usage de médicaments : « Erreur de délivrance de médicament. Manque d'attention en voulant faire vite je n'ai pas pris les bonnes plaquettes en pharmacie », « Mauvais calcul de dose mais rappel du propriétaire 30 minutes plus tard pour changer la dose », « J ai failli injecter du bupaq au mauvais hospitalisé ».

Enfin, 14% des erreurs constituent des conditions peu sures. Elles n'atteignent pas directement le patient mais altèrent la sécurité du système dans sa globalité. Elles constituent 52% des erreurs administratives et 22% des erreurs liées à l'hygiène (« ma collègue a oublié de mettre le four en partant le soir il a fallu le faire tourner le matin ce qui a chamboulé le planning »).
Par exemple, dans l'exemple suivant « En rangeant les injectables j'ai confondu le Vetmedin et le Dimazon... j'ai mis le Dimazon dans la boîte du vetmedin à cause du stress et de la précipitation », l'erreur de rangement n'atteint pas directement un patient mais elle augmente le risque de se tromper pour le prochain opérateur qui cherchera à utiliser du vetmedin.
De la même manière, les erreurs générale dans la gestion des stocks (« Erreur dans la gestion des stocks », « gestion des stocks faussée par mauvaise intervention informatique ») augmentent le risque de se tromper lorsqu'il faudra utiliser un protocole alternatif (« Injection de cefalexine pour une chirurgie, alors que l'animal a reçu en sortie un traitement post op d'amoxicilline-acide clavulanique, car il n'y avait pas assez en stock de cefalexine en comprimé adapté au poids de l'animal. », « Chirurgie : manque du matériel (colle chirurgicale), changement de méthode imposé. »).

Les erreurs de planning fréquemment témoignées (« Erreur de rdv sur le planning, 2 rdv pris à la même heure avec le même vétérinaire », « Erreur dans la prise de rdv. Rdv pris pour euthanasie compliquée en même temps qu'un autre rdv », « rendez-vous noté le jour de la semaine suivante. ») génèrent une pression supplémentaire sur les équipes, qui doivent faire

plus vite, gérer des clients mécontents d'attendre (« En retard sur mon planning, plusieurs personnes en même temps m'attendaient, j'ai mal regardé mon planning et j'ai fait passer en priorité, de façon involontaire, une personne qui attendait depuis moins longtemps qu'une autre personne. »), voire sacrifier certaines tâches au profit de d'autres.

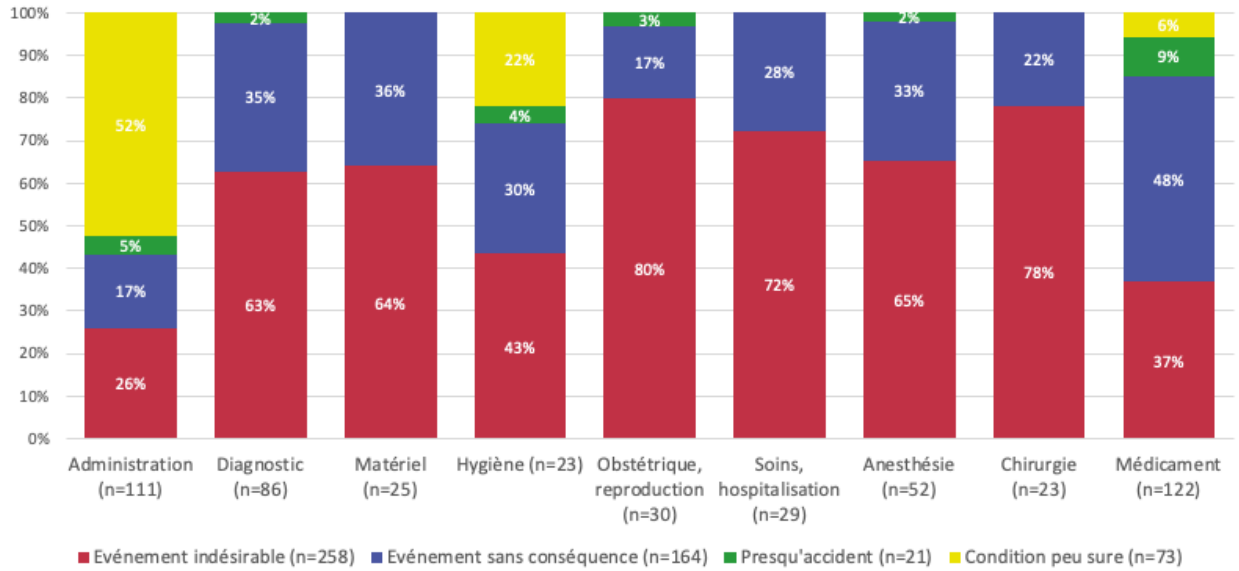


Figure 23 : Répartition de la nature des atteintes en fonction du type d'acte

2. Gravité

La gravité était définie par les répondants par question à choix unique. Il s'agit d'un critère a priori objectif : l'animal est-il mort ou présente-il des lésions permanentes ? Si non, y a-t-il eu besoin d'une prise en charge supplémentaire ou prolongée ? Si non, l'animal a-t-il eu de légères conséquences ?

Seule la dernière question est un peu plus subjective car elle demande d'interpréter ce qu'est une « légère conséquence ». Ainsi, certaines erreurs ayant eu les mêmes conséquences ont une évaluation de leur gravité légèrement différente. Par exemple, la coupe de griffe entraînant un léger saignement a été témoigné 16 fois. Dans 68% des cas, l'atteinte a été évaluée comme un événement indésirable avec légère conséquence sur le patient, et dans 31% des cas comme un événement sans conséquence. Le témoignage suivant « mal évalué la longueur d'une griffe à couper sur chien agité ---> douleur et petit saignement » note les conséquences pour l'animal, douleur et petit saignement, mais a pourtant associé aucune conséquence à l'acte.

Il a été décidé de ne pas corriger les données brutes relatives à la gravité. Elle reflète la gravité **perçue** par l'échantillon, et n'a pas de conséquences majeures dans l'analyse de l'étude.

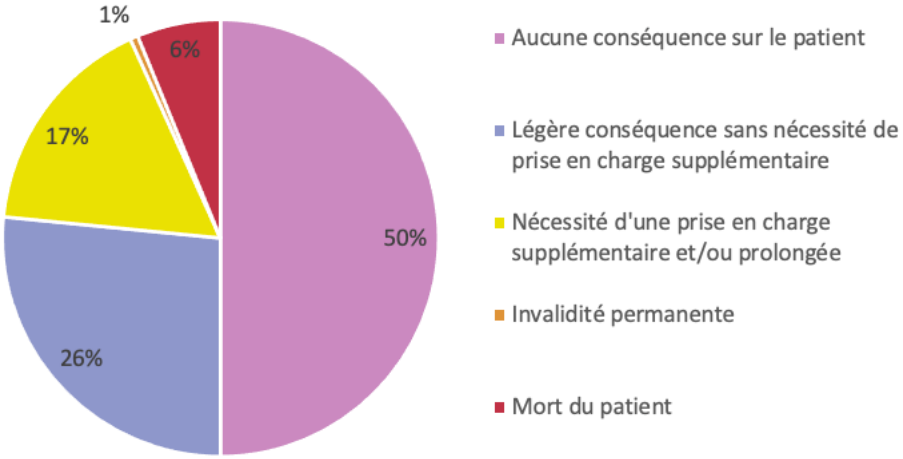


Figure 24 : Répartition de la gravité des atteintes

Sur les 517 témoignages, 50% ont eu aucune conséquence sur le patient et environ un quart n'ont eu que de légères conséquences, ne nécessitant pas de prise en charge supplémentaire. Seul un peu moins d'un quart des erreurs récentes sont moyennement grave (17%) ou très graves (8%).

a. Atteintes graves

35 erreurs ont entraîné la mort du patient ou une invalidité permanente (voir figure X).

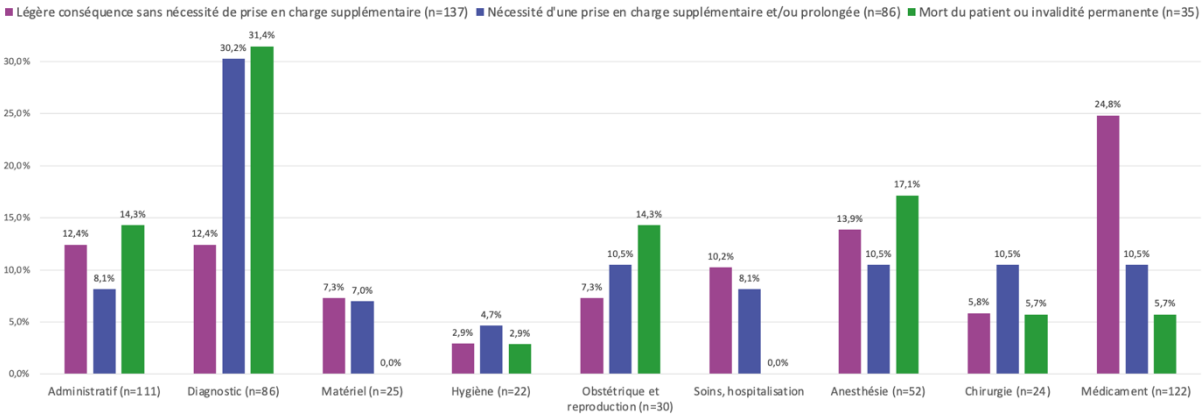


Figure 25 : Répartition des types d'actes en fonction de la gravité des atteintes (Les pourcentages sont calculés en fonction du nombre de témoignages par gravité).

Les erreurs liées au diagnostic représentent la première source de décès (31%). En voici deux exemples :

- « Chat parachutiste 6ème avec trauma interne abdo sans signe d'hémorragie. J'ai géré l'urgence (douleur et état de choc) après examens complémentaires rapides (radio) car pas bien. Je pensais le stabiliser pour écho abdo le lendemain.personne chez nous pour le surveiller la nuit. discussion avec la propriétaire sur l'intérêt de référer en soins intensifs. J'ai jugé que ça n'ameliorerai pas le pronostic. Chat mort dans la nuit. »,
- « Mauvaise prise en charge d'un lapin anorexique. Il aurait probablement été nécessaire de faire une laparotomie mais cela n'a pas été proposé par manque de connaissances

sur cette espèce. J'ai mal évalué la gravité de la situation et pas alerté les propriétaires du risque ».

Les actes liés à l'anesthésie sont responsables de 17% des atteintes graves : « mauvaise surveillance d'un réveil sur un brachy », « Sortie d'un patient avec réveil incomplet », « surdosage anesthésique ».

L'administratif représente 14% des atteintes graves témoignées. Voici un exemple de mauvaise évaluation d'une urgence : « Deux consultations successives, la première sur un animal qui nécessitait beaucoup d'examens complémentaires ne pouvant être différés car devant être réalisés avec la propriétaire (chien très anxieux à tendance agressive). Donc 1/2h de retard. La consultation suivante était un chat dans un état catastrophique qui aurait nécessité une prise en charge immédiate. La propriétaire n'avait pas réalisé qu'il respirait difficilement, le motif de rdv n'évoquait pas une urgence, l'état du chat n'a pas été remarqué par les ASVs de l'accueil (pas d'erreur de leur part, ça ne fait pas partie de leurs fonctions et encore une fois le motif n'était absolument pas évocateur de la gravité) »

L'obstétrique (« Manque de personnel pour une césarienne avec nombreux chiots à réanimer ») et la reproduction (« mort post opératoire ovariectomie de chienne suite ligature artère mésentérique », Hémorragie suite à une ovario hystérectomie sur une chatte sauvage en fin de gestation ») représentent également 14% des atteintes graves témoignées.

Les autres types d'actes entraînent plus rarement des conséquences graves : « Chute d'un chat totalement débilité de la table liée à un défaut d'attention de ma part. Le chat venait de fait un arrêt cardiaque, on l'a réanimé, il était inconscient et s'est remis à bouger, il est tombé. », « J'ai programmé une intervention de pyomètre sur une chienne âgée dont l'état était conservé avec un bilan sanguin normal le lendemain matin car plus de place l'après-midi et j'étais seule à la clinique. Le propriétaire (dont j'avais déjà opéré 2 autres pyomètres sur 2 autres chiennes) a voulu qu'elle passe la nuit chez lui plutôt que sous perfusion à la clinique. Je me suis laissé influencer et j'ai accepté. La chienne est décédée à la maison dans son sommeil. je ne m'y attendais pas. ».

b. Atteintes moyennement graves

Les atteintes moyennement graves ont lieu principalement lors de diagnostic (31%). Ils peuvent concerner des problèmes de réalisation du diagnostic (« Defaut de lecture complète d une radio. Oubli regarder thorax presentant une bronchite », « Lésion du pharynx sur un chat qui a fléchi la tête au moment de la prise de sang à la jugulaire »), des délais (« j aurais du référer plus tôt pour une écho sur suspicion cancer généralisé demandant une euthanasie », « Détection d'une parvovirose chez un chiot mais après une anesthésie et endoscopie. Perte de chances pour le patient, contamination de plusieurs salles de la clinique ») ou encore des oublis (« Je n'ai pas fait de NF à une chatte tigre hystérique qui avait un peu de température une semaine après son OVH (je pensais que stress = température) », « Pas de prise de la température chez un chat insuffisant rénal »).

Les proportions sont également réparties (10,5%) entre :

- anesthésie (« Un animal qui s'est réveillé rapidement à avaler un morceau de sa sonde trachéale »),
- chirurgie (« détartrage lundi d'une chienne en forme à part ses dents, bouche pré-op nickel et qui vomit depuis son réveil »,
- médicament (« Prescription d'un médicament pour une espèce (revenu d'un chu en post-op), délivrance du médicament par assistant à l'accueil, mais délivrance de la version pour une autre espèce (mauvais dosage) »),
- obstétrique (« Castration chat mâle ou j ai cherché les ovaires pendant 45 min avant d abandonner et de trouver de minuscules testicules dans les longs poils. »).

Les soins (« Coupe de griffe : j'ai coupé la griffe à ras au lieu d'enlever seulement la partie cornée, ça saigne beaucoup j'ai dû faire un pansement compressif jusqu'au lendemain. »), l'administratif (« Gestion de l'urgence chat bouché. La cliente parlait de constipation, donc un jour d'attente avant la prise en charge ») et le matériel (« Mise en place implant sur furet, l'implant est sorti deux fois, au bout de troisième, obligée de gazer afin qu'il se laisse faire ») arrivent en troisième position avec des proportions comprises entre 7 et 8%.

c. Atteintes mineures

Les actes liés à l'utilisation de médicaments représentent près d'un quart des atteintes légères témoignées. Ils sont essentiellement liés à un délai dans la mise en place du traitement ou un oubli : « Oubli de transmission d une information à un collègue entraînant un petit retard dans la mise en place du traitement », « Interruption précoce d'un traitement avec reprise des symptômes consécutivement. Je pensais que le traitement serait poursuivi jusqu'au contrôle, un entretien téléphonique à mi-traitement avait confirmé l'efficacité de la thérapie mais les clients n'avaient pas de quoi tenir jusqu'au contrôle et ont arrêté de fait le traitement. », « Oubli de prescription d'un produit auriculaire suite à diagnostic d'une otite lors d'une consultation de médecine préventive ». D'autres types de problèmes sont également décrits : « surdosage de corticoïdes », « J'ai donné le traitement d'un chien hospitalisé à un autre chien de la même race dans une cage voisine ».

Les actes liés à l'anesthésie (« trop de personnes à travailler non vérification des branchements de la gazeuse, hypoxie mais remarquée à temps chez l'animal sans conséquence »), l'administratif (« Oubli d'une visite »), le diagnostic (« erreur de diagnostic pour une gale sarcoptique prelevement à visée de diagnostic trop rapide mal fait par manque de temps et fatigue ») et les soins (« pansement laissé trop longtemps après opération, malgré notification sur le compte-rendu opératoire ») représentent des proportions relativement équilibrées dans les atteintes légères.

L'obstétrique (« Lésion de la rate durant une ovariectomie de chatte »), le matériel (« Erreur d'implantation de puce électronique (puce ressortie) »), l'hygiène (« Manque de boîte de chirurgie stérile suite à une erreur d'organisation des plannings ») et la chirurgie (« Pansement trop serré ») sont les actes représentant la part la plus faible d'atteintes légères.

d. Gravité des types d'actes

La reproduction, le diagnostic et l'anesthésie sont les actes qui sont les plus dangereux entraînant dans plus de 10% des cas des atteintes graves. La chirurgie entraîne moins de décès mais de nombreuses atteintes modérées.

Les erreurs liées aux actes diagnostic représentent 31% des atteintes graves, loin devant les autres types d'actes. Pourtant, au sein des actes diagnostic témoignés, les atteintes graves sont moins importantes (12,8%). En proportion, l'obstétrique semble plus risquée que le diagnostic.

Les erreurs les moins graves sont celles en lien avec l'utilisation de médicaments. En proportion, les erreurs médicamenteuses n'entraînent de décès que dans 1,6% des cas.

Un biais possible pour la comparaison de la gravité en fonction du type d'acte est lié au nombre de cas témoigné.

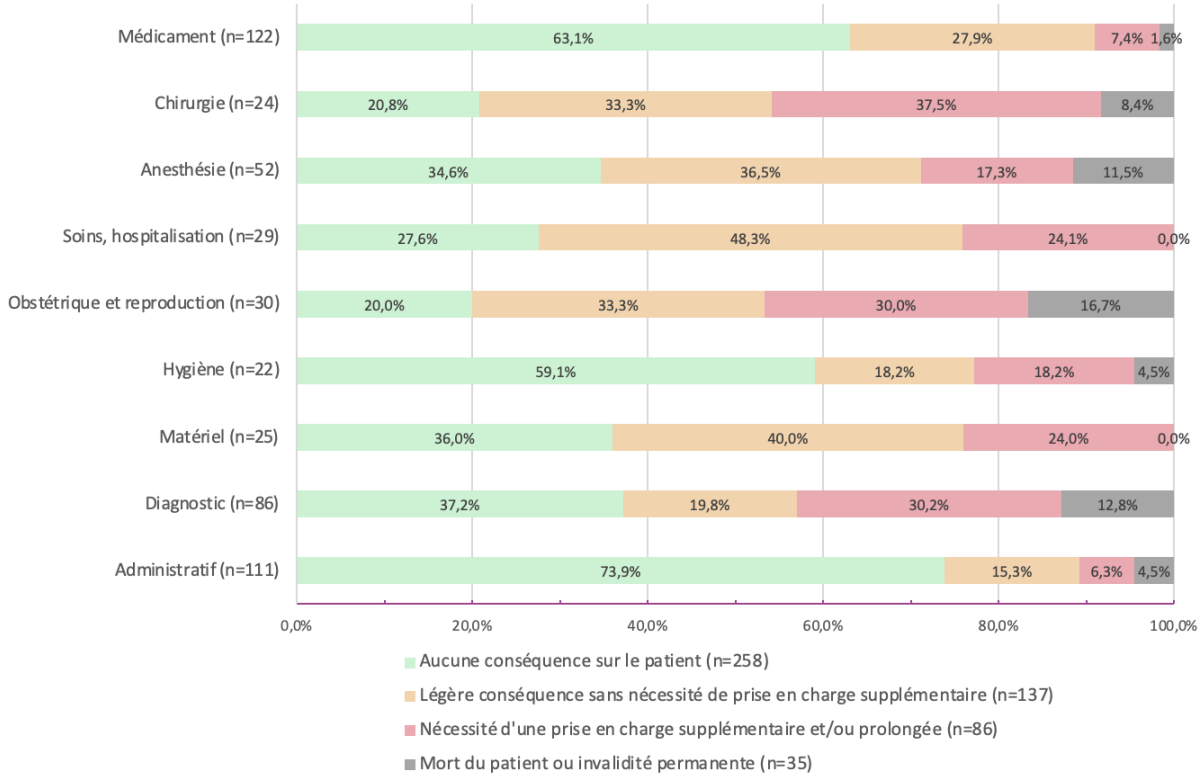


Figure 26 : Répartition de la gravité des atteintes pour chaque type d'actes.

IV. Synthèse et discussion

Afin d'explorer l'imprégnation des erreurs dans le quotidien des vétérinaires et auxiliaires, nous nous sommes intéressés aux erreurs commises récemment (les 10 derniers jours) témoignées par des soignants par questionnaire autoadministré. Les deux objectifs étaient d'évaluer la détection des soignants de leurs propres erreurs, et de diagnostiquer les erreurs commises.

A. Synthèses des principaux résultats

Deux autres tiers des répondants ont témoigné d'au moins une erreur commise les 10 jours précédents. Les 517 témoignages ont été explorés par analyse de contenu thématique afin d'en dresser un diagnostic. Les erreurs sont caractérisées par le type d'écart commis, le problème et l'acte associés ainsi que l'atteinte engendrée, typologie inspirée de l'ICPS.

1. Types d'actes

Les actes les plus fréquemment associés aux erreurs sont l'usage de médicament (24%) et les actes administratifs (21%). Ils varient ensuite en fonction du métier : l'anesthésie pour les auxiliaires (17%) et les actes liés au diagnostic (incluant les examens complémentaires) pour les vétérinaires (19%). Les hommes commettent plus d'erreurs administratives et de chirurgie, les femmes commettent plus d'erreurs médicamenteuses et d'autres types (comme les soins ou l'hygiène). L'âge ne semble pas avoir d'influence.

2. Types de problèmes

Les problèmes les plus témoignés sont :

- Pour les produits : une absence ou un délai d'administration (26%), une mauvaise dose (21%) ou l'usage d'un mauvais produit (15%),
- Pour les procédures : une mauvaise réalisation (58%), l'absence de réalisation de la procédure ou d'une étape de la procédure (13%).

3. Nature des écarts

Seules 6% des témoignages sont des violations ou des indisciplines. Les violations sont surtout liées à des pressions temporelles et/ou des contraintes. Les actes de diagnostic (26%) et l'usage de médicaments (20%) sont les actes les plus associés à des violations.

Le reste des écarts témoignés sont des erreurs, dont 87% sont jugées totalement ou plutôt évitables. Celles jugés non évitables sont pourtant bien des erreurs et non des aléas. Elles sont perçues comme inévitables à cause du sentiment d'impossibilité de contrôle de la situation par le soignant.

Seuls 27% des écarts témoignés ne se sont jamais produits auparavant, et 31% se sont déjà produits plus de 3 fois. Les plus récurrents sont liés aux actes administratifs et à l'usage de médicaments. Les actes diagnostic, de reproduction et de chirurgie ont des erreurs plus exceptionnelles.

4. Atteinte

Seulement la moitié des erreurs témoignées ont entraîné des événements indésirables. 32% sont des événements sans conséquences, liés majoritairement à l'usage de médicaments. 4%

sont des presqu'accidents et 14% sont des conditions peu sures, liées majoritairement à des erreurs administratives.
7% des erreurs ont entraîné la mort, 17% des atteintes moyennement graves et 26% de légères conséquences. La moitié des événements sont sans gravité. Les actes les plus mortels sont les actes diagnostic (31% ayant entraîné un décès), et l'usage de médicament est l'acte le moins mortel. Les actes les plus létaux sont liés à la reproduction (17%), le diagnostic (13%) et l'anesthésie (12%). La chirurgie est peu létale (1,6%) mais entraîne de nombreuses atteintes moyennes (38%).

B. Comparaison à la littérature

1. Les limites à la comparaison

Les comparaisons des fréquences de types d'atteinte et d'actes sont à prendre avec précaution du fait des différences de méthodologie employées.

Les classifications des types d'actes diffèrent beaucoup, mais certaines rubriques (médicament, diagnostic, anesthésie) semblent similaires.

Wallis a mélangé des causes et types d'erreurs, ce qui explique par exemple pourquoi la proportion de conditions peu sures qu'elle observe est supérieure (20%) à celle de notre étude (14%). Schortz quant à elle n'a pas étudié les conditions peu sures, donc les proportions des autres types d'atteinte qu'elle décrit apparaissent nécessairement plus grandes par rapport aux nôtres.

Les erreurs témoignées ne sont pas réalisées sur la même durée, ni avec la même approche. Schortz analyse rétrospectivement les erreurs dans les cliniques de son réseau de clinique, témoignées volontairement sur une longue période. Wallis réalise quant à elle une étude prospective où le signalement est volontaire mais encouragé. Oxtoby ne s'intéresse qu'aux erreurs ayant entraîné des plaintes auprès d'une compagnie d'assurance. Notre étude est limitée dans le temps et s'intéresse uniquement aux erreurs récentes.

De plus, leur évaluation de la gravité est évaluée en fonction de si l'atteinte est nulle, temporaire, permanente ou la mort. Il est probable que les atteintes mineures de notre étude (26%) soient partagées entre les événements sans conséquence et les atteintes temporaires de leur classification, expliquant pourquoi Wallis et Schortz ont relevé davantage d'événements sans conséquences (respectivement 46% et 42%) que notre étude (32%[120]).

2. Des conclusions

Malgré ces différences d'approches, des conclusions peuvent tout de même être émises.

Les proportions d'événements graves observés sont similaires à celles de Schortz (7%).

Notre étude relève beaucoup moins de presqu'accident témoignés (4%) que Wallis (19%) et Schortz (15%). D'une part, il est possible que l'évaluation de la nature réalisée par le chercheur, et non directement le soignant, soit biaisée. D'autre part, les vétérinaires et auxiliaires français

[120] 37% en ramenant à 86, pour enlever les conditions peu sures.

ont pu moins témoigner de presqu'accidents, et davantage témoignées d'erreurs liées à la gravité avérée. Cette seconde hypothèse est confortée par la proportion plus importante d'événements indésirables constatés dans cette étude (50%[121]) contre 42% pour Schortz, et seulement 15% pour Wallis. Dans leurs cas, les équipes sont davantage sensibilisées aux erreurs, et à l'intérêt de la déclaration des presqu'accidents.

Concernant les types d'erreurs, Schortz et Wallis observent également que les médicaments sont les erreurs les plus fréquentes.

Schortz observe également que les actes associés aux traitements non médicamenteux (chirurgie, reproduction) sont ceux qui entraînent le plus d'atteintes moyennes à graves. En revanche, l'anesthésie est l'acte le plus létal dans son étude (18%) alors qu'il n'arrive qu'après la reproduction et le diagnostic dans notre étude.

Enfin, la prévalence des plaintes aux assurances ne représente pas les erreurs du quotidien des vétérinaires.[122] Oxtoby a montré que la chirurgie est la première source de plaintes (41%), suivie par les traitements médicaux (30%). Dans notre étude, les problèmes liés à la chirurgie sont beaucoup moins fréquents, mais avec un nombre important d'atteinte modérée. De nombreuses erreurs sont liées à l'usage de médicaments (24%) mais rarement graves. Les erreurs entraînant une plainte doivent être connues du client, et le client doit être suffisamment motivé pour engager la responsabilité. Ainsi, il est normal que les erreurs visibles, comme celles de chirurgies, soient davantage perçues par le client.

C. Discussion

Le but n'est pas d'établir une incidence ni une prévalence des erreurs dans la profession vétérinaire. Non seulement seule une approche observationnelle le pourrait éventuellement, mais aussi l'intérêt d'une approche quantitative est limité. L'objectif est plutôt de mettre en lumière les erreurs commises, et d'établir un diagnostic permettant d'identifier les problèmes de sécurité majeurs, sur lesquels analyser en priorité les causes et mettre en place un traitement symptomatique. Connaître les types d'écarts, d'actes, de problème et la gravité des atteintes peut aider à identifier les champs d'amélioration et promouvoir la recherche pour explorer les causes des événements fréquents et/ou graves[123].

1. Favoriser la perception des erreurs

Un rappel indicé visait à faciliter la remémoration des erreurs tout au long du parcours de soin. Les erreurs étaient entendues dans une conception large, quelle que soit leur type et leur gravité. Malgré cela, un tiers des soignants n'a témoigné d'aucune erreur commise ces 10 derniers jours, et la gravité des erreurs témoignée est plus importante que dans d'autres études où les soignants sont davantage sensibilisés et encouragés. Certains soignants mettent en avant penser ne pas faire d'erreur ou des idées préconçues sur les erreurs : celles-ci seraient liées à des défauts de compétence, l'inexpérience, les erreurs matérielles ne seraient pas des erreurs associées aux soins ou encore les erreurs rattrapées ou non graves ne seraient pas vraiment des erreurs.

[121] 58% sans compter les conditions peu sures
[122] Oxtoby et al., 2015.
[123] Schortz et al., 2022.

Il est pourtant admis en psychologie cognitive que l'on commet bien plus qu'une erreur en dix jours. Si aucune étude ne permet d'évaluer la prévalence exacte des erreurs liées à l'activité vétérinaire, certaines recherches dans d'autres secteurs mettent en avant 3 à 7 erreurs par heure, quel que soit le type d'activité et quel que soit le niveau d'excellence, incidence augmentée par le stress, la fatigue, les situations complexes... Dans la majorité des cas, l'individu détecte et corrige spontanément ses erreurs[124]. Celles-ci ne sont donc pas bien encodées dans notre mémoire. S'il est normal de ne pas se rappeler de toutes ces erreurs, un certain nombre demeure observables. Des études observationnelles en médecine humaine ont mis en avant 1,7 erreurs par patient par jour[125].

Par opposition, en aviation, la plupart des erreurs sont identifiées et signalées, quand bien même elles n'entraînent pas de conséquence[126]. Un tel entraînement est bénéfique puisqu'il permet d'analyser ces événements, repérer les conditions peu sures associées pour les corriger et ainsi prévenir les accidents. Cette attitude est motivée par la loi de Heinrich : au travail, pour chaque accident qui entraîne une atteinte grave, il y a 29 accidents ayant causé des atteintes mineures et 300 n'ayant entraîné aucune conséquence[127]. D'autres modèles comme la pyramide de Bird[128] ou les conditions latentes de Reason[129] confirment l'intérêt de s'intéresser aux événements sans conséquences, fréquents, pour prévenir les catastrophes, rares.

L'absence de témoignage et la proportion élevée d'événements indésirables révèle donc une certaine méconnaissance du sujet et l'inhabitude à cet exercice de repérage.

Recommandation n°1 : diffuser, faire connaître et sensibiliser les soignants sur le sujet des erreurs et la sécurité des soins pour lutter contre les idées préconçues et favoriser la prise de conscience de l'importance de la prévention (notamment par l'analyse des presqu'accident).

2. Construire des défenses en profondeurs

La récurrence des deux tiers des erreurs souligne le manque de fiabilité des systèmes de sécurité en place. Si la moitié n'entraînent pas de conséquences pour l'animal, 82% atteignent tout de même le patient. La proportion d'événements indésirables graves témoignées est de 7%. Si ce nombre ne peut être extrapolé en une incidence, il est suffisamment alarmant pour inciter à développer des défenses en profondeurs pour éviter ces morts évitables.

La profession gagnerait à développer la récupération des erreurs (éviter que l'erreur n'atteigne le patient) et l'atténuation (éviter que l'erreur entraîne des conséquences graves pour le patient). En effet, pour reprendre les mots de la HAS[130] : « la sécurité ne consiste pas à supprimer les erreurs, mais à les gérer de façon adaptée ».

[124] Reason, 2000.
[125] Donchin et al., 1995.
[126] Barach et Small, 2000.
[127] Heinrich, 1959.
[128] Bird et Germain, 1966.
[129] Reason, 2013.
[130] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche1.pdf

La chirurgie est peu létale mais entraîne de nombreuses atteintes moyennes. Cela indique que les barrières d'atténuations sont généralement bien mises en place. La reproduction est l'acte le plus létal alors que la proportion d'atteinte est similaire à la chirurgie (environ 80%). Il intègre donc moins des barrières d'atténuation. Une des explications possibles peut être la différence de compétences des soignants : spécialisés en chirurgie, généralistes en reproduction. La qualification des chirurgiens les rend plus à même d'atténuer les erreurs que des vétérinaires généralistes. L'enjeu en chirurgie réside donc surtout dans la mise en place de barrières de récupération alors qu'en reproduction, il réside aussi dans la mise en place de barrières d'atténuation. Le RCVS Knowledge au Royaume-Uni conduit actuellement deux audits nationaux sur les complications post-opératoires et les chirurgies de convenance[131]. Comparer entre structures peut permettre d'identifier des facteurs de risques et des barrières efficaces. Cependant, les faiblesses doivent être identifiées individuellement au sein de chaque organisation afin de construire des barrières adaptées aux défaillances de sa structure.

Une limite de cette étude est qu'elle ne souligne pas les causes des erreurs. Cependant, la littérature met en avant de nombreux facteurs fréquents organisationnels (le manque de temps, les nombreuses transmissions, le manque de ressources humaines, la conception de l'environnement de travail…) et humains (fatigue, stress, préférences de certains chirurgiens…)[132]. Déterminer les causes est essentiel pour garantir que les mesures mises en place répondent bien à un problème identifié. Il n'existe pas une solution miracle, mais des solutions pour chaque structure. Déterminer les causes d'erreurs peut se faire de multiples façons : revue de morbi-mortalité[133], analyse systémique[134], méthode des incidents critiques[135]… Indépendamment de la méthode choisie, le principal enjeu est de passer d'une analyse technique[136][137] à une analyse intégrant les facteurs humains et organisationnels[138][139].

Les causes doivent donner lieu à la mise en place de barrières. Augmenter le nombre de barrières, sans pour autant tomber dans une surcharge administrative, permet de limiter les erreurs. En effet, une barrière seule n'est jamais infaillible. Une approche multimodale est donc requise.

Recommandation n°2 : diminuer l'atteinte des patients en favorisant la récupération des erreurs, en particulier en chirurgie, par l'identification des défaillances humaines et organisationnelles propres à sa structure et la conception de barrières adaptées.

Recommandation n°3 : favoriser l'atténuation des erreurs en reproduction, très létales, en favorisant la détection, la compréhension de l'erreur et les actions d'atténuation proprement dites.

[131] https://knowledge.rcvs.org.uk/quality-improvement/tools-and-resources/vetaudit/
[132] Kinnison et al., 2015.
[133] Pang et al., 2018..
[134] McMillan et Lehnus, 2022.
[135] Hofmeister et al., 2018.
[136] Coan et al., 2014.
[137] Phillips et Mathis, 2020.
[138] Johnson, 2016.
[139] Turner, 2022.

3. Limiter les erreurs médicamenteuses

Les erreurs les plus fréquentes et récurrentes sont liées aux médicaments. Bien qu'elles soient rarement graves, leur forte fréquence augmente la probabilité qu'elles entraînent un jour un grave accident. Les problèmes les plus fréquents associés sont les erreurs de dose, de médicaments et les oublis d'administration, et concordent avec la littérature en médecine humaine et vétérinaire.

Tout le monde connaît la règle des 5B : « administrer au Bon patient, le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment », mais des facteurs humains et organisationnels peuvent altérer son application[140]. Si quelques études mettent en avant des défauts de compétences techniques dans le calcul des doses[141], les erreurs médicamenteuses sont surtout commises par des professionnels compétents mais soumis à des conditions latentes favorisant l'occurrence d'erreur[142].

Il est donc important que les soignants prennent conscience de l'importance des erreurs, pour être particulièrement vigilent lors de la préparation et dispensation de médicaments (lecture sécurisée, basculer en système 2, minute d'arrêt…). L'organisation du travail doit favoriser la concentration en limitant les interruptions de tâches et la précipitation du fait d'une charge de travail trop importante[143]. L'environnement de travail doit être conçu pour limiter les erreurs (rangement efficace, codes couleurs, attention particulière pour les médicaments dont l'étiquetage se ressemble…) et favoriser la concentration (aides cognitives, espace calme dédié à la préparation des médicaments…)[144][145]. Pour réduire les risques et les atteintes des patients, des défenses en profondeur comme le contrôle croisé ou l'assistance technologique (lecture par code bar) ont démontré être efficaces[146].

Recommandation n°4 : prendre conscience du risque important des erreurs médicamenteuses et repenser l'organisation du travail et de l'environnement de travail pour les limiter

4. La checklist pour lutter contre les erreurs

Les autres erreurs fréquentes sont associées aux actes administratifs et d'anesthésie pour les auxiliaires, et de diagnostic pour les vétérinaires. Les problèmes fréquemment associés sont l'absence d'administration ou de réalisation ainsi que la mauvaise réalisation.

Un moyen pour limiter les oublis et favoriser le déroulement correct est la checklist. Il s'agit d'une mesure de prévention et de récupération à l'efficacité démontrée, en médecine humaine

[140] Mosedale et Blackie, 2021.
[141] Conner, 2021.
[142] HAS, 2020.
[143] Manias et al., 2020.
[144] McMichael et al., 2012.
[145] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/guide_outils_securisation_autoevaluation_administration_medicaments_partie2_mettre_en_oeuvre.pdf
[146] FDA, 2021.

comme en médecine vétérinaire[147][148][149][150]. De nombreux articles mettent en avant son intérêt pour la profession vétérinaire et expliquent les méthodes pour la mettre en place efficacement[151]. Les freins à son utilisation sont la méconnaissance de l'outil[152], avec la confusion entre « todo liste » et checklist[153], la perturbation de la routine et les variations de motivations entre les soignants d'une même équipe[154]. La formation, la conviction de la pertinence de l'outil et un réel engagement avec un changement nécessaire dans le rythme de travail sont nécessaires à l'utilisation efficace de l'outil[155] bien qu'il ne soit pas complexe[156]. Certaines sociétés savantes en mettent directement à disposition[157][158], mais il est important d'adapter la checklist à sa structure[159].

La checklist ne doit bien sûre pas être vue comme une solution suffisante pour sécuriser les soins. Il s'agit d'un outil pertinent, à l'efficacité démontrer, mais sécuriser les soins est une approche qui doit se faire de façon multimodale, adaptées aux spécificités de sa structure.

Recommandation n°5 : Promouvoir l'utilisation de la checklist et l'intégrer aux pratiques quotidiennes

Cette étude permet donc de poser un diagnostic sur les erreurs dans la profession vétérinaire animaux de compagnie française. Cette étude possède des faiblesses, notamment le biais de sélection et le biais de mémorisation, si bien que les résultats ne doivent pas être interprétés comme des mesures d'incidence à échelle de la profession. Néanmoins, la méthode de recherche réfléchie et la rigueur de l'analyse permettent d'explorer les erreurs couramment perçues et vécues par les auxiliaires et vétérinaires. Les résultats sont fiables et concordants avec la littérature. Ils mettent en lumière les erreurs commises au quotidien par les soignants vétérinaires, sur lesquelles il est pertinent de travailler pour sécuriser les soins. Ainsi, à partir de ce diagnostic, il est possible de proposer 5 pistes de recherche (étiologies) et 5 propositions à la profession vétérinaire pour sécuriser les soins (traitement symptomatiques).

[147] Bergström et al., 2016.
[148] Launcelott et al., 2019.
[149] Ruch-Gallie et al., 2017.
[150] Thieman et al., 2021.
[151] Oxtoby et Mossop, 2016. ; Mcmillan, 2014. ; Ballantyne, 2018.
[152] Davidow et al., 2023.
[153] Bergs et al., 2015.
[154] Kilbane et al., 2020.
[155] Hill et al., 2022.
[156] Hofmeister et al., 2014.
[157] https://knowledge.rcvs.org.uk/quality-improvement/tools-and-resources/checklists/
[158] AVA, 2014.
[159] https://www.has-sante.fr/jcms/c_1518984/fr/les-check-lists-pour-la-securite-du-patient

SECTION II : LE VECU

Si la première victime de l'erreur est évidemment le patient, et sa famille, le soignant reste rarement indifférent à ses erreurs. Le terme de « seconde victime » a été introduit par Albert Wu dans un éditorial du BMJ en 2000[160] pour désigner les soignants traumatisés à la suite d'une erreur. Plus précisément, il désigne « 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 »[161].

L'erreur est vécue comme un échec à sa mission, soigner, et fait ressentir de la colère, honte, culpabilité, remise en question, anxiété, dépression, déni, colère, perte de concentration, troubles du sommeil, ré-expérience de l'incident[162]. Cet ensemble d'émotions, ressentis, sentiments, pathologies mentales, stratégies d'ajustement… est pluriel. Il dépend du soignant, des caractéristiques de l'erreur, des conséquences professionnelles et des reproches qui lui sont faits et impacte le soignant à plusieurs niveaux : sa vie professionnelle, son rapport à son métier, jusqu'à sa personne et sa vie privée[163] (voir figure 27). L'erreur peut ainsi conduire jusqu'au « burn-out », ou syndrome d'épuisement professionnel, ou pousser à la reconversion[164].

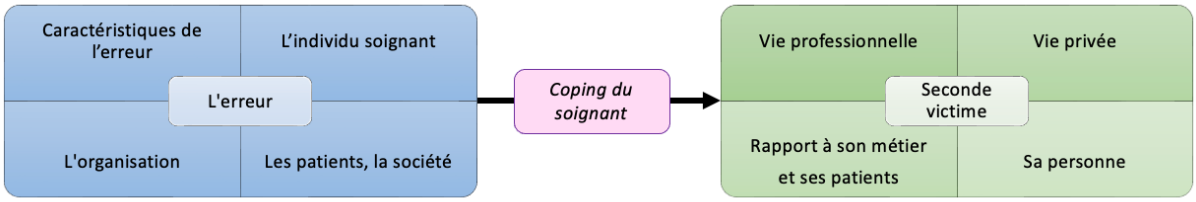


Figure 27 : Modèle de l'impact des erreurs sur les soignants, d'après Galam (2011).

Si la notion de seconde victime est bien étudiée en médecine humaine[165], elle l'est encore peu en médecine vétérinaire. L'impact des erreurs sur les vétérinaires n'a été étudié spécifiquement que dans cinq études. Aucune étude n'a étudié l'impact sur les auxiliaires.

Mellandy[166] et Alexander-Leeder[167] s'intéressent aux émotions vécues par les étudiants vétérinaires. Oxtoby[168] s'intéresse à la détresse émotionnelle vécue par des vétérinaires mais

[160] Wu, 2000.
[161] Scott et al., 2009.
[162] Sirriyeh et al., 2010.
[163] Chanelière, 2005.
[164] Galam, 2011.
[165] La publication d'Albert Wu a été cité 1665 fois.
[166] Mellanby et Herrtage, 2004..
[167] Alexander-Leeder, et al., 2022.
[168] Oxtoby et Mossop, 2019.

uniquement relative à l'annonce des erreurs. Seules deux erreurs parmi les cinq s'intéressent à l'impact général des erreurs sur les vétérinaires.

Kogan[169] étudie quantitativement l'impact personnel et professionnel qu'ont les erreurs sur les vétérinaires à court terme et long terme (voir annexe 8). Il montre que toutes les erreurs n'impactent pas la vie professionnelle ou personnelle. Le vécu dépend de la nature de l'événement : conséquences avérées ou non. Les événements indésirables impactent davantage à court et long terme que les presqu'accidents ou événements sans conséquence.

White[170] s'intéresse aux émotions et mécanismes de coping[171] des vétérinaires vécues lors d'EI liés à des stérilisations. L'erreur provoque une réaction immédiate et viscérale, suscite des émotions négatives (culpabilité, tristesse, anxiété et doute de soi), et de l'empathie pour le client. Afin de pouvoir continuer à effectuer son travail et conserver une attitude professionnelle, le vétérinaire se force à contrôler et gérer ses émotions rapidement. Si certains vétérinaires apprennent très rapidement à surmonter leurs émotions négatives, d'autres sont au contraire affectés pendant des mois voire années. Les émotions se muent en traumatismes récurrents, au point d'arrêter de pratiquer la chirurgie ou d'envisager de quitter la profession.

Le nombre d'étude portant sur le vécu de l'erreur sur les équipes vétérinaires est limité. Aucune ne s'est intéressé à l'ensemble des soignants, vétérinaires et auxiliaires. En France, deux études sur la santé psychologique des vétérinaires[172] et sur la reconversion professionnelle[173] ont mis en évidence le rôle des erreurs dans le mal être de la profession. Les erreurs peuvent être très mal vécues, au point de susciter des idéations suicidaires et des reconversions professionnelles. Aucune n'a étudié plus spécifiquement le vécu de l'erreur. Ainsi, si quelques études ont précisé le vécu de l'erreur et les stratégies d'ajustement des vétérinaires, la compréhension de l'impact de l'erreur dans la profession reste incomplète. En particulier, aucune étude n'a identifié les variables influençant le vécu de l'erreur.

Une première variable est les émotions ressenties. Celles-ci sont une composante importante de notre expérience subjective. Elles sont une réaction normale à des événements externes et jouent un rôle important dans notre adaptation et notre fonctionnement au quotidien. Ressentir des émotions n'est ni bien, ni mal ; ni positif ni négatif. Une même émotion peut avoir un impact positif sur le bien-être d'un individu tout comme un impact négatif. En revanche, elles peuvent devenir pathologiques lorsqu'elles dépassent des seuils d'intensité, de fréquence ou de durée. Identifier les émotions ressenties au quotidien par les soignants lors d'erreur permet de décrire le terrain émotionnel auquel sont exposés les soignants pour mieux le comprendre et s'y préparer. La psychologie des émotions interroge sur les manières de les utiliser positivement pour sécuriser les soins et éviter qu'elles n'affectent négativement les soignants. La première partie de cette étude s'attache à ce travail, en veillant à ne pas les pathologiser ni tirer de conclusion hâtive sur le mal-être des vétérinaires.

---

[169] Kogan et al., 2018.
[170] White, 2018.
[171] Il s'agit des stratégies d'ajustement développé par un individu face au stress.
[172] Truchot et al., 2022.
[173] Babot-Jourdan, 2022.

D'autres variables mises en avant par Galam[174] sont les caractéristiques de l'erreur, le soignant, l'organisation et le patient lui-même. Il est donc décidé d'explorer la part de ces différentes dimensions dans le vécu des vétérinaires dans la seconde partie de ce travail.

Considérant les enjeux pour le bien-être des vétérinaires, la troisième partie de ce travail met perspective les résultats obtenus pour proposer des solutions à mettre en place dans la profession afin de limiter le mal-être engendré par les erreurs.

[174] Galam, 2011.

I. L'impact à court terme de l'erreur

A. Méthode

Les théoriciens des émotions ne se sont mis d'accord sur aucune définition ni taxonomie exhaustive. Certains mettent l'accent sur les mécanismes physiques internes de l'émotion, d'autres sur les réponses émotionnelles observables, ou encore sur les situations susceptibles de la déclencher. Même les dictionnaires ne s'accordent pas sur la définition. LeRobert définit l'émotion comme un « État affectif intense, caractérisé par des troubles divers (pâleur, accélération du pouls, etc.) »[175] alors que Le Larousse la définit comme une « Réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement. »[176].

Les modèles des émotions présentent généralement quelques émotions de base, dites primaires. Plutchik[177] en identifie 8 de bases, dont 5 de négatives[178]. Elles constituent des familles d'émotions, avec d'autres émotions associées, liées par leur intensité (par exemple, la peur comprend l'appréhension et la terreur). Ces émotions de bases lorsqu'elles se mélangent donnent d'autres émotions : des dyades. Par exemple, l'angoisse est le résultat de la peur mélangée à l'anticipation, la honte du dégout et de la peur, alors que la culpabilité est le résultat de la peur et de la joie.

Tableau X : Dyades d'émotions à partir des émotions primaires, d'après Plutchik (1965).

	Colère	Tristesse	Surprise	Peur
Colère	Colère	Envie	Indignation	/
Tristesse	Frustration	Tristesse	Déception	Découragement
Surprise			Surprise Incompréhension	Crainte
Acceptation	Domination	Fatigue	Curiosité	Impuissance
Anticipation	Agressivité	Pessimisme	/	Angoisse
Joie/responsabilité[179]	Fierté	/	Ravissement	Culpabilité
Dégoût	Mépris	Remords	Horreur	Honte

/ : émotions antagonistes n'ayant donc pas de dyade possible.

Ce modèle est intéressant pour identifier comment est perçue l'erreur (plutôt comme un danger, un obstacle, une perte, …) et analyser les fonctions poursuivies pour y faire face. En effet, d'après Plutchik, le stimulus est interprété par des mécanismes cognitifs à l'origine d'une émotion et d'un comportement, qui poursuivent un objectif adaptatif. Les séquences d'événements sont présentées dans le tableau XI. Cette approche fonctionnelle permet d'aller plus loin qu'une simple approche descriptive en considérant les émotions comme une étape

[175] https://dictionnaire.lerobert.com/definition/emotion
[176] https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/émotion/28829
[177] Plutchik, 1965.
[178] D'autres modèles existent. Par exemple, Ekman identifie 13 émotions de base. Feldman-Barret propose un modèle en fonction de si l'émotion nous est agréable ou non en abscisse, et si elle nous active ou au contraire ne nous fait pas réagir en ordonnée.
[179] La connotation positive de joie prête à confusion. Elle est relative au sentiment que nous procure la possession. Le terme de responsabilité a donc plus de sens ici.

de l'adaptation du sujet à son milieu et comme une explications des comportements adoptés en réponse aux erreurs.

Tableau XI : Séquence d'événement liés au développement d'une émotion adaptée de Plutchik (1965).

	Stimulus	Interprétation cognitive	Émotion	Fonction
Négatif	Menace	Danger	Peur	Protection
	Obstacle	Ennemi	Colère	Destruction
	Perte	Isolation	Tristesse	Rattachement à la perte
	Objet macabre	Poison	Dégout	Rejet
Neutre	Objet soudain	Qu'est-ce ?	Surprise	Orientation
	Nouveau territoire	Qu'y a-t-il là-bas ?	Anticipation	Exploration
Positif	Potentiel compagnon, objet à soi	Possession	Joie, responsabilité	Reproduction, gain de ressources…
	Membre d'un groupe	Ami	Confiance, acceptation	Affiliation, support mutuel…

Les comportements de la séquence décrite par Plutchik ne sont pas présentés dans ce tableau. Néanmoins, nous étudierons l'un des comportements possibles dans la partie suivante : parler ou non de l'erreur.

Il est important de souligner que l'expression verbale des émotions peut être différente d'un individu à l'autre. La diversité des usages des unités lexicales reflète les caractéristiques sociales, cognitives et de personnalité émotionnelle des individus. L'analyse du seul lexique exprimé offre une démarche « incomplète mais efficace » pour peindre le vécu des émotions[180].

Les vétérinaires et auxiliaires étaient interrogés à partir d'une question à choix multiple. Pour ne pas alourdir la question, seules 12 émotions ont été sélectionnées parmi les émotions négatives[181] fréquemment décrites, notamment celles en relation avec la peur, les 2 études françaises ayant relevé une importante prévalence de la peur de l'erreur. Un choix « autre » permettait au répondant d'écrire une autre émotion, si celle ressentie ne faisait pas partie déjà des propositions. Le déni a été inclus, bien qu'il ne s'agisse pas sensu stricto d'une émotion, mais plutôt d'un rejet des émotions voire de l'objet, en l'occurrence l'erreur.

B. Les émotions quotidiennement vécues

Au total, 1154 émotions ont été témoignées parmi les 512 témoignages. Les réponses varient de 0 à 10 émotions. Le témoignage de multiples émotions pour une même erreur (18% ressentant plus de 3 émotions) peut aussi bien indiquer un ressenti d'un cocktail d'émotions simultanées ou successives que l'incapacité à identifier clairement son émotion.

[180] Pennebaker, Mehl et Niederhoffer (2003)
[181] On peut aisément s'attendre à ce que seules des émotions négatives

Tableau XII : Distribution de participants en fonction du nombre d'émotions témoignées.

Nombre d'émotions témoignées	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de participants	4	195	132	93	37	23	19	8	3	1	1

Parmi les réponses « autres », 2 réponses concernent de l'énervement et de l'agacement ont été témoignées, émotions de la famille de la colère et de la frustration. Les autres réponses expriment de l'indifférence ou de l'absence d'émotion : « aucune émotion », « rien », « indifférente ». Une réponse exprime de la « motivation à faire mieux ».

Les proportions de chaque émotion sont représentées dans le graphique suivant.

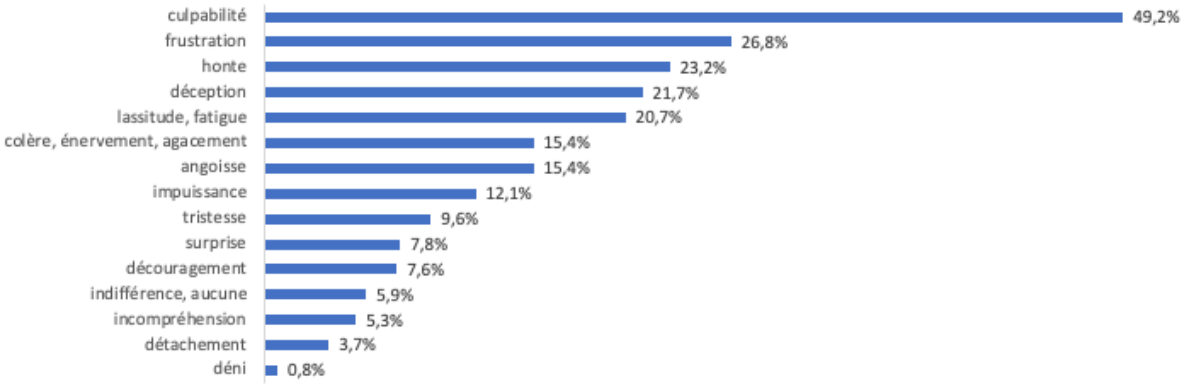


Figure 28 : Distribution des émotions témoignées en pourcentage.

1. La culpabilité : émotion prédominante

Près de la moitié ressentent de la culpabilité. La culpabilité est un sentiment de responsabilité personnelle, assorti d'une forme de détresse éprouvée envers autrui[182]. L'erreur est interprétée à la fois comme un danger et une atteinte à une « possession ». Autrement dit, l'erreur a mis en danger l'animal qui était sous notre responsabilité.

La composante liée à la peur est liée à l'anticipation des conséquences de notre erreur, sur l'animal ou sur nous. La composante liée à la joie est liée à la responsabilité de nos actions, la reconnaissance que nos actions ont causé du tort. Ce sentiment de responsabilité accrue vis-à-vis de l'animal ou du propriétaire a été décrit par le Pr Truchot dans l'étude sur la santé au travail des vétérinaires[183].

Bien qu'il s'agisse d'une émotion « négative et fortement désagréable », elle dispose d'une fonction structurante et reconstructrice en préparant « au rachat ou au pardon »[184]. Elle permet de corriger ses actions, de s'amender et de modifier son comportement dans le futur. La culpabilité ressentie par les erreurs est donc une source d'amélioration de nos comportements pour le futur.

[182] Graton et Ric, 2017.
[183] Truchot et al., 2022.
[184] Tisseron, 2006.

Néanmoins, l'approche valorisante de la culpabilité a ses limites. Lorsque la responsabilité est systématiquement confondue avec la culpabilité, la réparation s'effectue au dépend de l'individu qui se punit de manière excessive. La limite entre culpabilité saine et malsaine semble donc particulièrement fine et mériterait une étude approfondie par des psychologues.

2. La frustration en seconde place

La seconde émotion témoignée pour au moins un quart des personnes ayant répondu est la frustration. La frustration se rencontre lorsqu'il est impossible d'obtenir ce que l'on souhaite. On fait donc face à un obstacle (colère) qui nous prive de notre but (tristesse). La frustration n'est pas agréable et est source d'inconfort mais elle paraît censée dans le cadre des erreurs. Il y a bel et bien eu un obstacle entre l'intention et le résultat, privant de l'objectif : soigner.

La frustration a un objectif : nous forcer à agir pour surmonter l'obstacle et atteindre notre objectif. En effet, la colère nous pousse à nous confronter à l'erreur, à trouver des solutions pour ne plus la faire, alors que la tristesse nous met face à la blessure que l'erreur nous a infligée personnellement[185]. La frustration est donc une source de motivation et d'action.

Néanmoins, lorsque l'on ne trouve pas de solution pour résoudre sa frustration, elle peut aboutir à du désespoir et de l'impuissance.

3. La honte en troisième place

La honte est ressentie dans 23% des cas. Elle exprime du dégout mélangé à de la peur qui peuvent être portés par nous-même sur nous-même (peur de refaire la même erreur, d'être nul), ou projetés par nos collègues, le client, la justice… L'enquête du Pr Truchot souligne la peur du jugement des collègues[186].

La honte peut motiver à s'améliorer. Le dégoût peut pousser à trouver des solutions pour éviter les erreurs, et la peur nous préparer à répondre en cas d'erreur. Néanmoins, elle peut engendrer des « sentiments d'inutilité, d'exclusion sociale, ainsi qu'un désir de disparaître et de se cacher »[187], à l'origine de mécanismes d'évitement, comme le fait de cacher l'erreur. Cette émotion peut donc être très négative, influencée par notre contexte social.

4. Un cocktail d'émotions

De nombreuses autres émotions se retrouvent, allant de la déception à l'incompréhension en passant par l'angoisse.

5. Émotions neutres

L'indifférence et le détachement n'ont été témoignés que par environ 10% des participants. Ce résultat peut être biaisé par le format de la question qui, en présentant de nombreuses émotions négatives, accorde en proportion moins de place aux émotions « neutres ». Le biais de désirabilité sociale peut également pousser le répondant à se présenter plus émotifs qu'il ne l'est vraiment.

---

[185] Keltner et Gross, 1999.
[186] Ce critère sera étudié dans la section relative à la culture régnant dans les équipes.
[187] Tangney et al., 2011.

6. Émotions primaires

En décomposant les dyades en émotions primaires d'après le modèle de Plutchik comme expliqué dans la figure suivante, on obtient les émotions primaires suscitées par les erreurs. La peur et la tristesse sont les deux émotions primaires les plus ressenties.

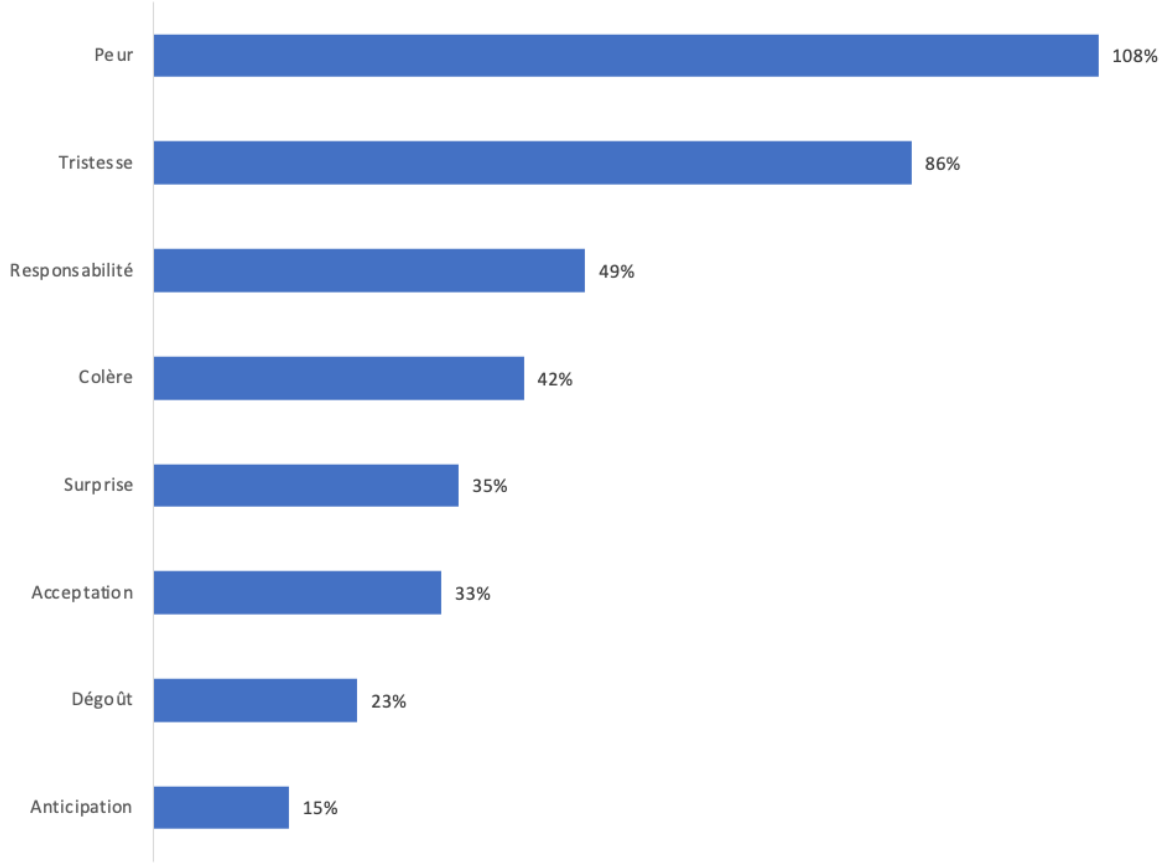


Figure 29 : Distribution des émotions primaires déterminées à partir des émotions témoignées en se basant sur le modèle de Plutchik

La peur est une émotion ressentie en réaction aux menaces de notre environnement. Les erreurs qui peuvent potentiellement nuire à nos objectifs sont des menaces à notre pratique quotidienne. Il est donc normal de ressentir de la peur. Celle-ci nous aide à détecter ces menaces, à nous en protéger et à y répondre. Cependant, si elle est disproportionnée, car le danger est vu partout, ou car l'on ne sait pas comment l'éviter ou le gérer, la peur peut devenir néfaste[188]. Les conséquences négatives vont du stress, à l'anxiété jusqu'aux idéations suicidaires, comme l'a mis en évidence l'étude du Pr Truchot.

L'erreur est une expérience qui peut être mal vécue, voire traumatisante, altérant notre confiance. La tristesse nous confronte à ces blessures et permet d'en guérir. Cependant, si la tristesse devient chronique ou démesurée, elle peut avoir l'effet inverse de celui escompté. Lorsque l'on n'arrive pas à gérer nos émotions, la stratégie d'ajustement adoptée peut être négative et conduire à de la fuite ou de la résignation. Il devient alors encore plus compliqué de gérer les situations créées par l'erreur.

[188] Lerner et Kelter, 2001.

C. Les émotions, liées à la gravité

1. Le nombre

Le premier effet de la gravité sur les émotions est le nombre d'émotions ressenties. En effet, 1.9 émotions sont témoignées en moyenne contre 3,7 lors du décès de l'animal. La gravité de l'atteinte expose donc le soignant à davantage d'émotions.

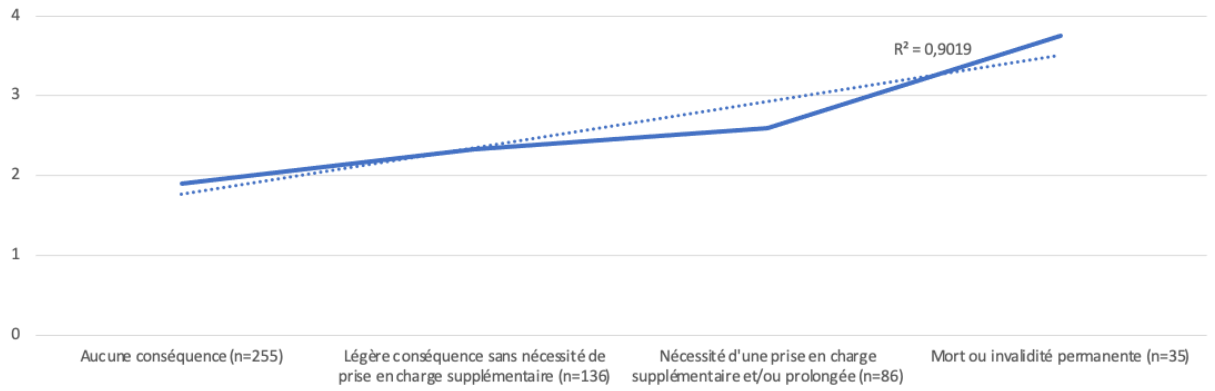


Figure 30 : Nombre d'émotions témoignées en fonction de la gravité.

2. Des émotions fortement accrues par la mort

La tristesse, la déception, l'impuissance et le découragement augmentent avec la gravité avérée. Leur ressenti est particulièrement élevées lors de décès. Le décès entraînant une perte, il est logique que les émotions ayant une composante de tristesse augmentent avec la gravité de l'erreur.

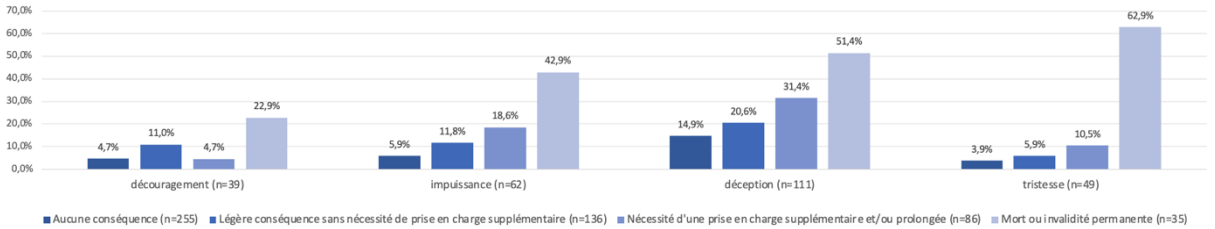


Figure 31a : Répartition de la gravité des erreurs associées aux émotions ressenties sur le nombre de répondants.

a. Des émotions accentuées par la gravité

Dans une moindre mesure, la culpabilité, la colère, l'incompréhension et la frustration sont également corrélées à l'issue de l'atteinte.

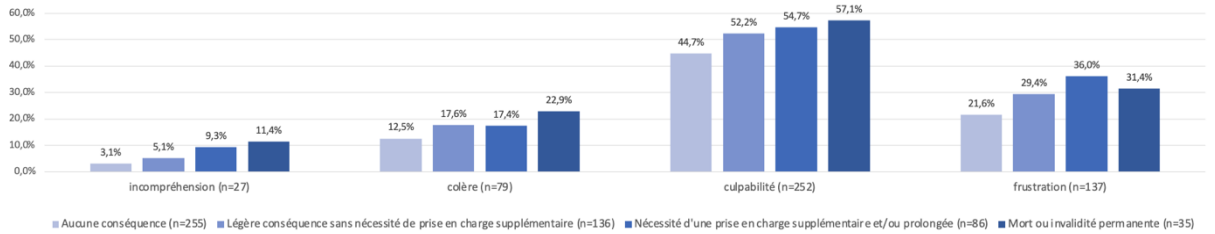


Figure 31b : Répartition de la gravité des erreurs associées aux émotions ressenties sur le nombre de répondants.

3. Des émotions indépendantes de la gravité

La gravité ne semble pas influencer les angoisses dès lors que l'erreur a eu des conséquences sur le patient. L'absence de gradation dans la gravité perçue coïncide avec la définition de l'angoisse pour laquelle le danger perçu n'est pas clairement délimité, générant une crainte diffuse[189]. Pour 15%[190] des erreurs vécues, les conséquences du danger semblent non définies ou considérées pour relativiser la crainte qu'elles génèrent. De plus, la proximité sémantique de l'angoisse avec l'anxiété confère une potentielle chronicité aux angoisses. Chez les personnes anxieuses, l'erreur déclenche alors indépendamment de sa gravité réelle, des manifestations physiques de l'anxiété.

La honte a une variation faible (4,1%) en fonction de la gravité. Elle semble donc être une émotion stable, que légèrement accrue par la gravité. Cette émotion est fortement dépendante du contexte social, notamment de la culture régnant dans l'équipe. Lorsque le climat n'est pas bienveillant, le jugement s'installe et les erreurs sont vécues avec de la honte, qu'elles soient graves ou non.

La fatigue semble décroissante avec la gravité. Néanmoins, la variation est faible (6,3%). La diminution de la proportion semble davantage liée à l'ajout d'autres émotions, qu'à la diminution de cette émotion. La lassitude des erreurs apparaît donc comme constante, mais estompée par l'ajout des autres émotions ressenties lorsque les conséquences sont graves.

Enfin, la surprise semble également constante, bien que légèrement augmentée lors de gravitée modérée ou importante (+4%).

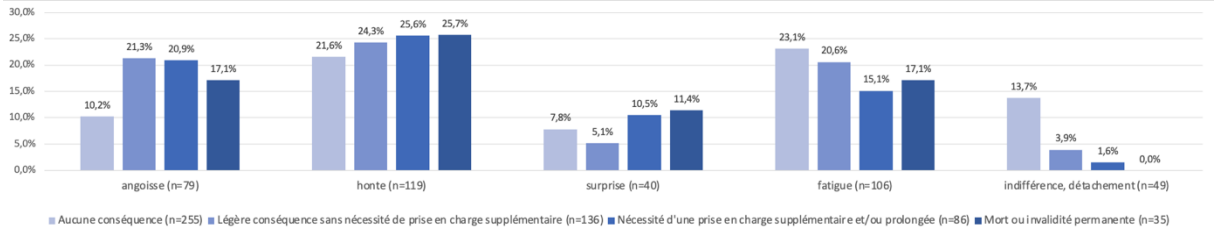


Figure 31c : Répartition de la gravité des erreurs associées aux émotions ressenties sur le nombre de répondants.

4. L'indifférence augmentée en l'absence de conséquences

L'indifférence est inversement liée à la gravité. Aucun auxiliaire ou vétérinaire n'en ressent lorsque l'erreur a des conséquences graves. Bien que les erreurs sans conséquence ou de faible gravité impactent moins les vétérinaires et auxiliaires vétérinaires que les erreurs graves, la proportion reste faible puisque seulement 14% des soignants sont indifférents.

Ainsi, cette étude nous permet de conclure sur les émotions ressenties avec les fonctions associées. En revanche, elle ne permet pas de dire si ces émotions ont un effet positif ou négatif sur l'adaptation des soignants aux erreurs. Il serait intéressant de poursuivre l'étude par l'analyse des stratégies d'ajustement et de la gestion des émotions des vétérinaires et auxiliaires pour comprendre davantage l'impact des erreurs sur la santé psychologique des soignants.

---

[189] Darrault-Harris, 2009.

[190] Proportion des angoisses sur le nombre de témoignages : 79/512.

II. Des erreurs qui marquent

Kogan[191] a montré que certaines erreurs pouvaient avoir un impact à long terme sur le vétérinaire, mais n'en a pas exploré les raisons. Alors que les récentes études sur la santé mentale des vétérinaires identifient l'erreur et sa peur comme une variable importante, comprendre les causes d'un vécu douloureux afin d'identifier les facteurs sur lesquels il est possible de jouer pour réduire le mal-être des vétérinaires est un travail pertinent.

Galam explique dans son livre, état de l'art exhaustif sur les connaissances liées à la seconde victime en médecine humaine[192], que le vécu est influencé par 4 dimensions : les caractéristiques de l'erreur, le soignant, l'organisation et le patient lui-même. Il est donc décidé d'explorer la part de ces différentes dimensions dans le vécu des vétérinaires.

Pour ce faire, il a été demander aux vétérinaires et auxiliaires de témoigner de l'erreur les ayant le plus impacté de leur carrière, les émotions ressenties puis de leur demander selon eux pourquoi cette erreur les a particulièrement marqués. La caractérisation des erreurs témoignées et leur comparaison aux erreurs du quotidien permet d'évaluer si certaines caractéristiques de l'erreur les rendent davantage impactantes (A). La comparaison des émotions ressenties à celles du quotidien vise à évaluer la place de l'impact émotionnel du soignant sur le vécu au long terme (B). Enfin, la perception des critères perçus par les soignants comme particulièrement marquants permet d'explorer d'autres facteurs, notamment la réaction du client et la gestion par l'organisation, influençant l'expérience de l'erreur (C).

A. Caractéristiques des erreurs qui marquent

Afin de répondre à cette question, il est nécessaire de comparer les erreurs qui marquent à celles du quotidien. La première étape consiste donc à brosser le portrait de ces erreurs, de manière analogue à ce qui a été fait pour les erreurs du quotidien. Les mêmes types de codage ont été précédemment ont été fait.

1. Nombre de témoignages

Après suppression des témoignages ne portant pas sur des animaux de compagnie, ou non intelligibles, 436 témoignages ont été intégrés à l'étude. Alors que seulement deux tiers des soignants ont témoigné d'une erreur survenue les 10 derniers jours (erreur quotidienne), seuls 4 ne se rappelaient pas d'erreurs les ayant marqués (erreur marquante). Les analyses ont donc porté sur 432 témoignages de 401 vétérinaires et 111 auxiliaires.

2. Influence de l'âge

Les erreurs marquantes ont lieu à tout âge : de la sortie d'école à 45 années de pratiques. Néanmoins, il semble qu'elles aient lieu plutôt en début de pratique. La moitié des erreurs témoignées a lieu dans les 5 premières années de pratique, et les trois quarts ont lieu dans les 10 premières années de pratique. Les erreurs marquantes peuvent s'être produit récemment (moins d'un an) ou remonter à très longtemps (max : 39 ans). La majorité ont eu lieu entre 2 et 9 ans.

[191] Kogan, 2018.
[192] Galam, 2011.

L'échantillon surreprésentant les jeunes vétérinaires, l'analyse sur les vétérinaires ayant plus de 5 ans d'expérience est également réalisée. La majorité des erreurs ont lieu entre 2 et 13 années d'expérience. La moitié d'entre elles a lieu il y a 7 ans, et les trois quarts il y a moins de 13 ans.

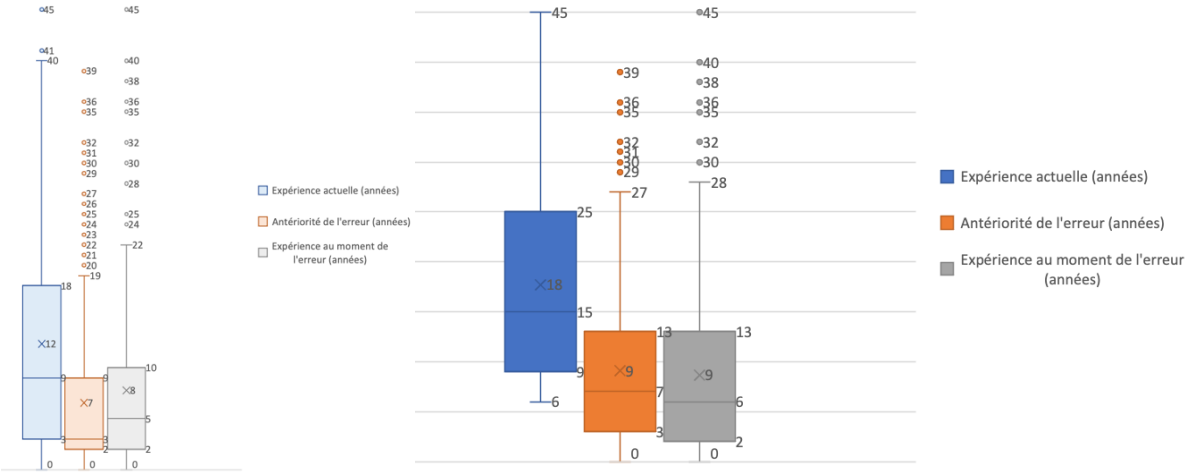


Figure 32 : Boxplot de l'expérience actuelle et au moment de l'erreur des répondants, ainsi que de l'antériorité de l'erreur pour la totalité de l'échantillon (à gauche) et pour les soignants ayant plus de 5 ans d'expérience (à droite).

3. Types d'actes

a. Les types d'actes marquants

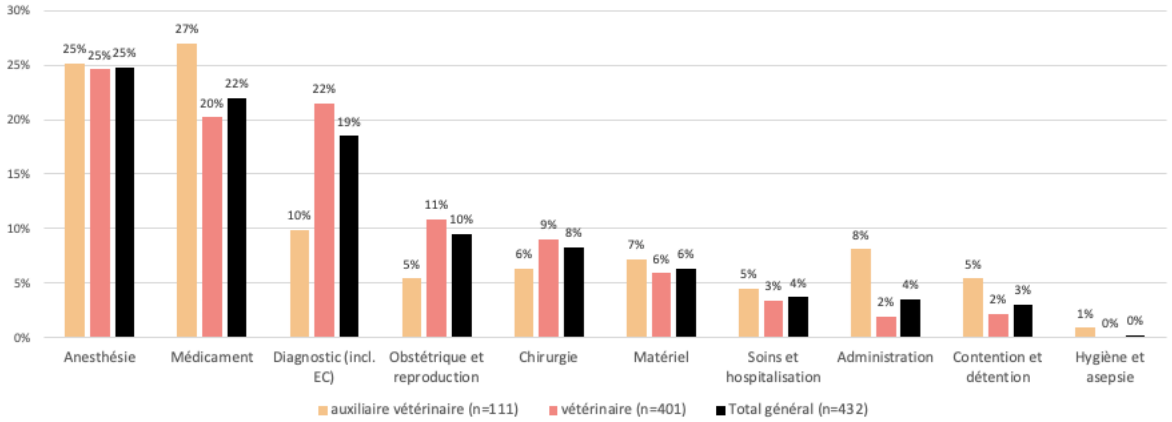


Figure 33 : Pourcentages des types d'actes marquants témoignés en fonction du métier.

Les erreurs les plus marquantes sont liées à l'anesthésie, aux médicaments et au diagnostic. Ces trois types d'erreurs représentent environ les deux tiers des erreurs marquantes. Leurs proportions varient en fonction du métier :

- Pour les vétérinaires, les erreurs les plus témoignées concernent l'anesthésie (25%). Celles liées au diagnostic (22%) sont les deuxièmes erreurs les plus fréquentes suivies des erreurs liées à l'usage de médicament (20%).
- Pour les auxiliaires, les erreurs médicamenteuses sont les plus fréquentes (27%), suivies de près par les erreurs d'anesthésie (25%). Ces deux types d'erreurs représentent plus de la moitié des erreurs marquantes. Les erreurs liées au diagnostic (10%) sont plus rares.

Les autres types d'erreurs moins marquants se retrouvent dans des proportions variables.

- Pour les vétérinaires, les erreurs d'obstétrique et reproduction (11%) puis de chirurgie (9%) se retrouvent ensuite. Les autres types d'erreurs sont plus anecdotiquement marquants.
- Pour les auxiliaires, les autres types d'erreurs sont répartis de façon assez homogène (5 à 8%).

b. Comparaison des types d'actes marquants et quotidiens

Les erreurs liées aux actes d'anesthésie représentent un quart des erreurs pour les vétérinaires comme les auxiliaires. Elles sont donc très marquantes alors qu'elles ne sont que peu ou moyennement fréquentes au quotidien pour les vétérinaires (8%) et auxiliaires (17%).

Les erreurs liées à l'usage de médicaments et aux actes de diagnostic sont autant quotidiennes que marquantes, pour les vétérinaires comme les auxiliaires (variation inférieure à 4 points).

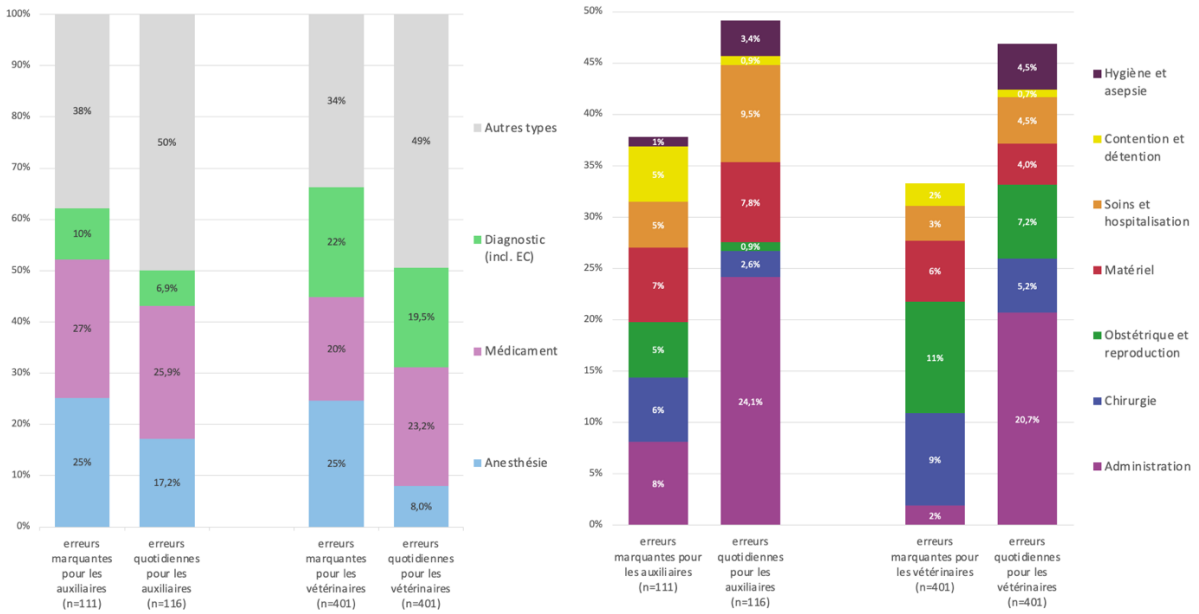


Figure 34 : Comparaison des pourcentages des types d'actes marquants et des types d'actes quotidiens en fonction du métier.
NB : la présentation est réalisée sur deux échelles différentes pour plus de lisibilité.

Les erreurs en obstétrique et chirurgie sont plus marquantes que fréquentes, pour les auxiliaires comme les vétérinaires (+4%).

Les erreurs administratives qui sont très fréquentes (>20%) ne sont pas très marquantes avec des proportions égales à 8% pour les auxiliaires et seulement 2% pour les vétérinaires. Celles liées aux soins et hospitalisations sont également, dans une moindre mesure, moins marquantes que fréquentes. Les erreurs liées à la prévention, l'hygiène ou le suivi ne marquent quasiment pas voire pas du tout.

c. *Influence du sexe*

Comme il n'y a aucun homme dans l'échantillon d'auxiliaire vétérinaire, l'influence du sexe est étudiée chez les vétérinaires seulement. Les hommes témoignent davantage d'erreurs liées à l'anesthésie (+5%) et à la chirurgie (+7%), tandis que les femmes témoignent davantage d'erreurs marquantes liées aux médicaments (+4%), au diagnostic (+6%) et aux autres types. La différence sur la chirurgie et les autres types d'actes était déjà observée pour les erreurs du quotidien.

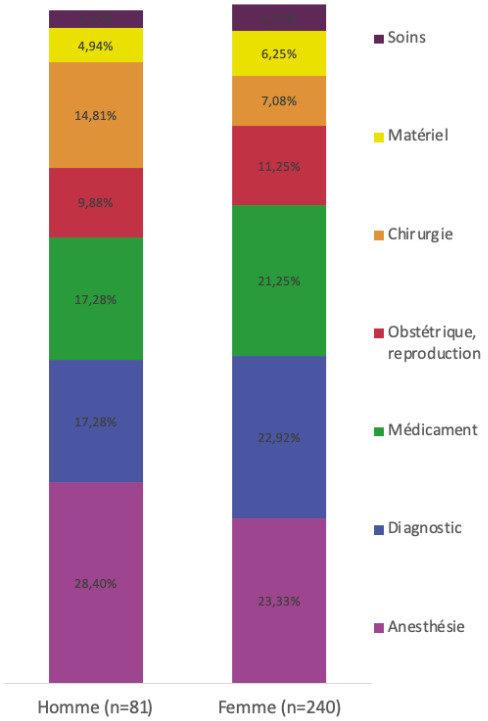


Figure 35 : Pourcentages des types d'actes marquants témoignés en fonction du sexe.

d. *Influence de l'expérience*

Aucune différence significatrice n'est observée sur la répartition des types d'actes en fonction des expériences. Néanmoins, il semble que les erreurs marquantes :

- de chirurgie soient témoignées par des vétérinaires et auxiliaires plus expérimentés (troisième quartile à 26 ans),
- liées à du matériel et aux soins soient moins vécues par des jeunes soignants (premier quartile à 8 ans)
- liées à l'administration et la contention ne soient pas vécues par les plus expérimentés (troisième quartile à 10 ans).

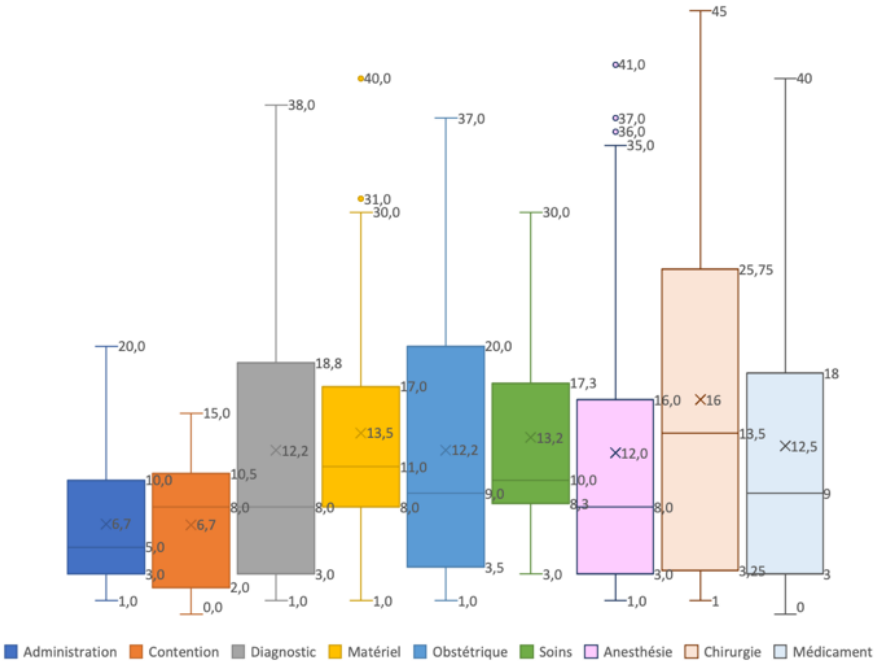


Figure 36 : Boxplot de l'expérience par type d'acte marquant.

4. Problèmes liés à une procédure

Les problèmes rencontrés lors d'erreurs marquantes associés à une procédure sont essentiellement une mauvaise réalisation (43%), puis une mauvaise conclusion (23%). Les complications se retrouvent en troisième position (11%), suivie de près par la réalisation sur un mauvais site (10%). Les autres problèmes sont plus rares.

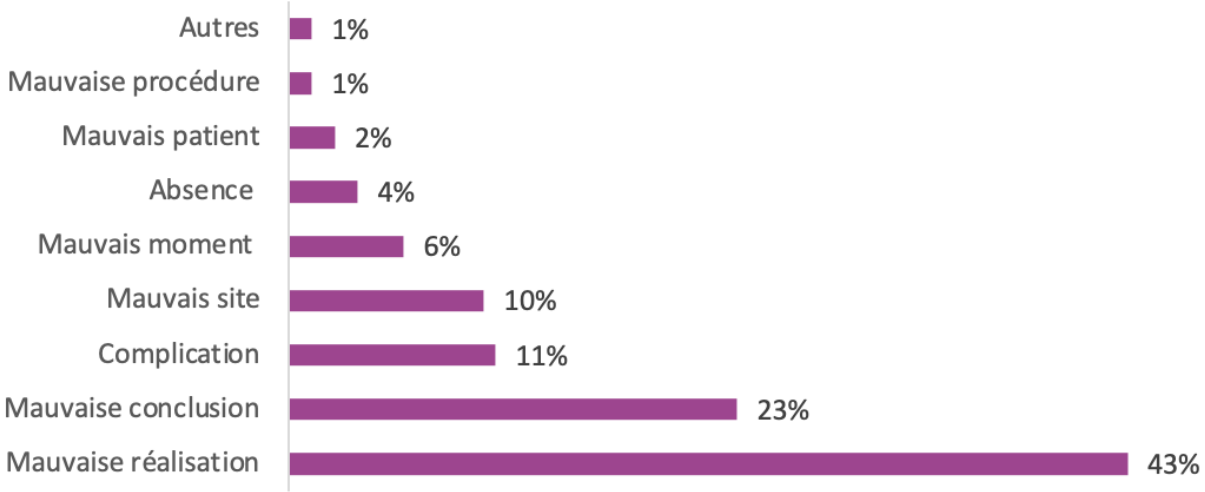


Figure 37 : Pourcentages des types de problèmes liés à une procédure sur l'ensemble des erreurs marquantes liées à une procédure.

Le détail des problèmes par type d'acte est présenté dans le graphique suivant.

Figure 38 : Pourcentages des types de problèmes liés à une procédure par type d'acte lié à une procédure pour les témoignages d'erreurs marquantes.

a. Problèmes liés aux actes de diagnostic

Le problème majoritairement rencontré lors d'actes diagnostic (22%) est la conclusion erronée (46%). Ce problème est rencontré lorsque l'examen clinique et ses examens complémentaires sont bien menés, mais la conclusion est tirée de fausse. Elles correspondent à une erreur dans le raisonnement diagnostic. Cette erreur assez peu fréquente au quotidien est très marquante (+34%, 4 fois plus déclarée).

Le second problème marquant rencontré est la mauvaise réalisation du diagnostic (30%). Ce problème est plus fréquent que marquant (-16%).

L'absence d'un acte diagnostic est un problème assez fréquent au quotidien (22%) mais peu marquant (6%).

b. Problèmes liés à la reproduction

Les problèmes marquants liés à la reproduction sont dans la moitié des cas associés à la mauvaise réalisation de la procédure. Cette proportion est un peu plus faible que pour les problèmes du quotidien (-13%).

Le second problème est lié à la réalisation de la procédure sur un mauvais site (22%). Ces erreurs sont un peu plus élevées qu'au quotidien (+4%).

Les complications sont également un peu plus marquantes (+3%) que fréquentes.

c. Problèmes liés à la chirurgie

Un peu plus de la moitié des erreurs liées aux actes de chirurgie sont dues à une mauvaise réalisation de la procédure. Elles sont un peu moins marquantes que fréquentes (-6%).

Les complications sont davantage rencontrées dans les témoignages d'erreurs marquantes que pour les erreurs du quotidien (+8%). Enfin, la réalisation de la chirurgie sur un mauvais site est un problème décrit dans 17% des cas, alors que ce problème n'était pas décrit dans les erreurs du quotidien. Ce problème semble donc survenir rarement, mais être très marquant lorsqu'il a lieu.

5. Problèmes liés à un produit

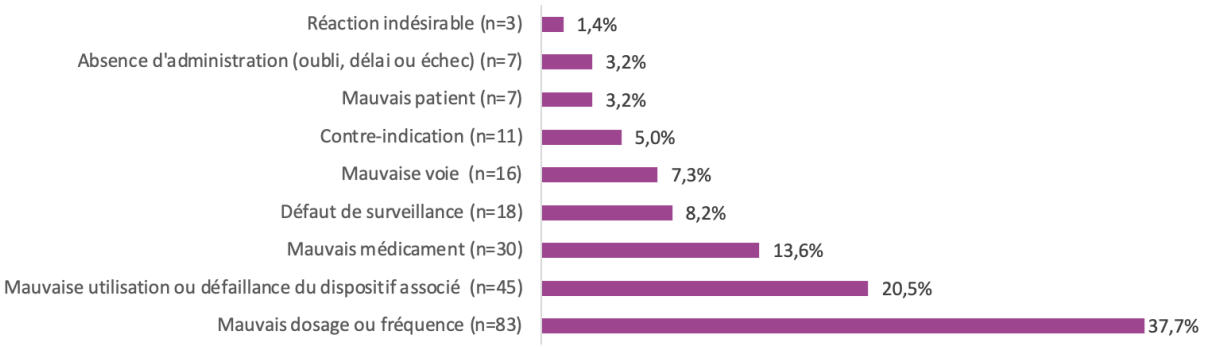


Figure 39 : Pourcentages des types de problèmes liés à un produit sur l'ensemble des erreurs marquantes liées à un produit.

Les problèmes liés à l'usage d'un produit sont liés dans plus d'un tiers des cas à un mauvais dosage (38%). La défaillance de matériel ou son mauvais usage est décrit dans 20% des témoignages, suivi par l'usage d'un mauvais médicament (14%). Les autres problèmes sont décrits plus rarement (<10%).

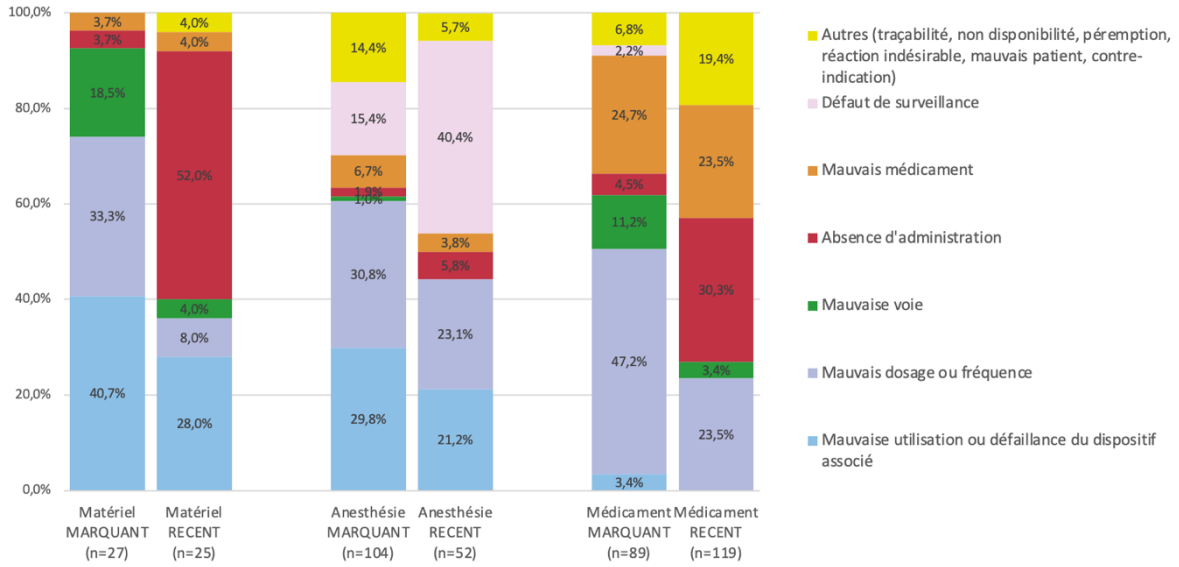


Figure 40 : Pourcentages des types de problèmes liés à un produit par type d'acte lié à un produit pour les témoignages d'erreurs marquantes.

a. Les problèmes liés aux médicaments

Les problèmes liés aux médicaments les plus marquants sont l'utilisation d'un mauvais dosage (47%). Cette proportion est près du double de celle pour les erreurs du quotidien. L'utilisation d'un mauvais médicament représente un quart des problèmes impliquant un médicament, étant un problème aussi fréquent que marquant. L'usage d'une mauvaise voie, événement rare au quotidien (3%) est un problème assez marquant (11%). Alors que les absences d'administration sont fréquentes au quotidien, elles sont peu marquantes (4,5%).

b. Les problèmes liés à l'anesthésie

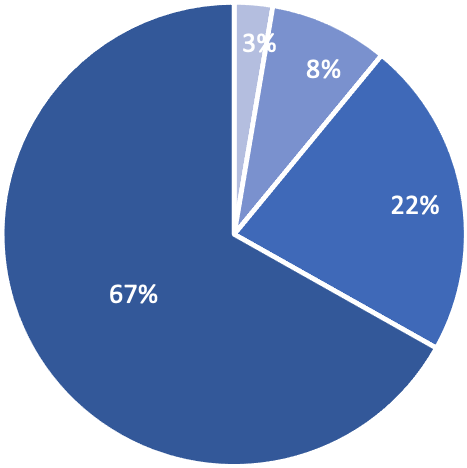
Les deux problèmes les plus marquants décrits dans des proportions similaires sont la mauvaise utilisation ou la défaillance du matériel (30%) et le mauvais dosage (31%). Ces deux types de problèmes sont légèrement plus marquants que fréquents (+7%). Le défaut de surveillance semble être un événement très fréquent (40%) mais seulement moyennement marquant (15%).

c. Les problèmes liés au matériel

Les problèmes marquants liés au matériel sont dus dans 41% des cas à leur mauvaise utilisation ou défaillance. Ce problème est encore plus marquant que rencontrés au quotidien (+13%). Le mauvais dosage représente un tiers des cas décrits, alors que ce problème est rare au quotidien (8%). Enfin, la mauvaise voie, problème rare au quotidien, est le troisième problème le plus marquant lié au matériel (19%). Au contraire, les oublis et absence d'administration qui sont des erreurs quotidiennes, sont rarement marquantes (4%).

6. Nature de l'écart

Les 89% des écarts sont jugés évitables. Les proportions observées sont similaires à celles pour les erreurs du quotidien.



pas vraiment ■ ne se prononce pas ■ plutôt ■ totalement

Figure 41 : Répartition de l'évitabilité estimée par les répondants des écarts marquants.

Parmi les écarts non jugés inévitables :

- La plupart ne sont pas assez détaillés pour conclure s'il s'agit d'aléas ou d'erreurs : « Mort d'un chat lors d'une prise de sang à la jugulaire », « Un ovaire qui lâche pendant une ovario de cne. Est ce le gras ou est ce que j'ai trop tiré pour le sortir ? », « gestion d'un CIVD suite pyomètre », « Déplacement d'un lapin avec abcès récidivant après anesthésie et flush : boule de pus s'est mise au niveau des cartilages arythénoïdes : remarqué qu'après 2min d'apnée », « décès en chir pour opé de convenance »,
- Certains semblent clairement être évitables : « Utilisation d instruments non stériles pour une chirurgie car je n'avais pas vu que ma collègue la veille avait oublié de mettre

le four en route », « Mal surveiller l'animal perfuser. Il arrachant tout le temps le cathéter. », « chat décédé suite à réveil brutal (il y a 20 ans : pb kétamine); l'animal s'est cogné violemment contre les parois de la cage », « Défaut de surveillance au réveil d'une anesthésie pour correction d'entropion ».

Seuls 7 violations ou indisciplines ont été identifiées sur l'ensemble des écarts témoignés. Les vétérinaires (n=5) témoignent de violations ou indisciplines les concernant alors que les auxiliaires (n=3) témoignent de violations impliquant une indiscipline d'un de leurs collègues qui ne les a pas écoutées (voir annexe 9).

7. Récurrence

Dans 88% des cas, aucune erreur similaire n'a eu lieu depuis l'erreur marquante.

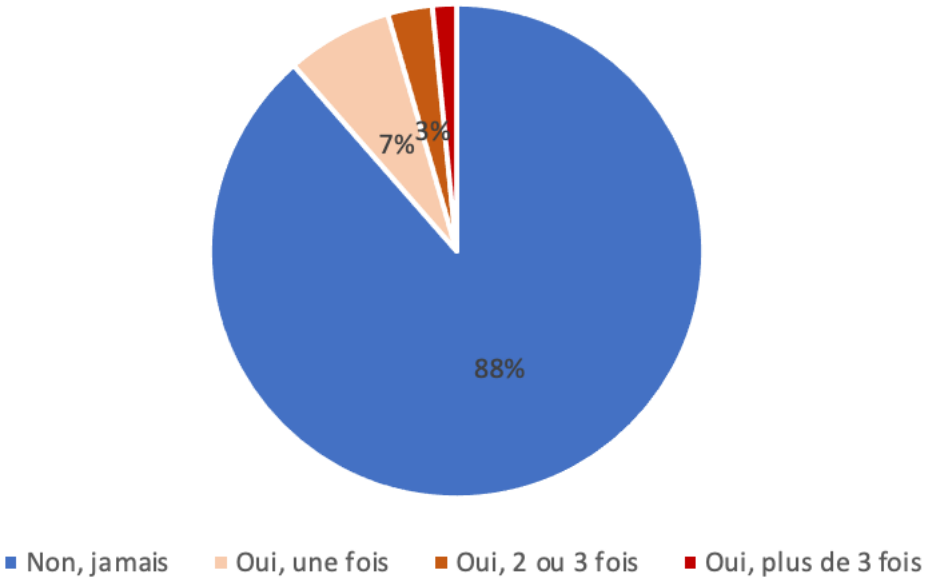


Figure 42 : Récurrence des erreurs marquantes témoignées.

8. Atteinte

Sur les 432 témoignages, 87% ont atteint le patient et la moitié a entrainé son décès. Seulement un peu plus d'un quart n'a pas eu de conséquences, ou des conséquences mineures.

L'atteinte est donc très différente entre les erreurs marquantes et les erreurs du quotidien. Pour les erreurs marquantes, les ¾ ont une gravité modérée à importante, alors que pour les erreurs du quotidien les ¾ ont une gravité faible voire nulle.

Les événements sans conséquences étant rares (13%), le détail des types d'atteinte n'est pas présenté.

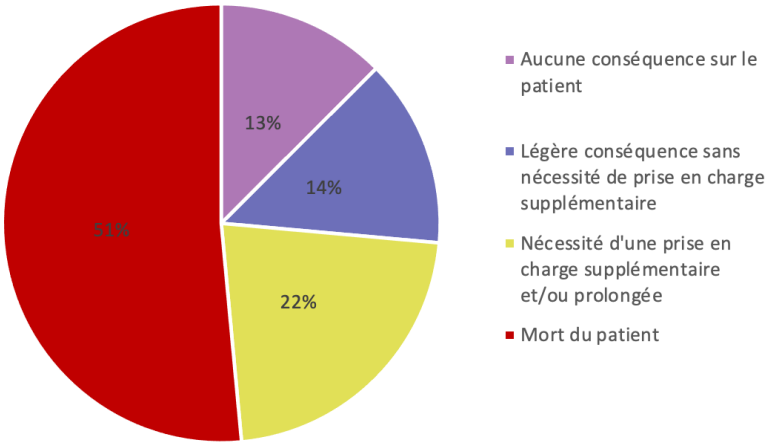


Figure 43 : Gravité des erreurs marquantes témoignées.

La gravité semble donc corrélée aux erreurs marquantes. En est-elle pour autant la cause ?

B. L'impact émotionnel

Les erreurs marquantes sont des souvenirs vifs en mémoire. L'émotion améliorant l'encodage et la consolidation du souvenir[193], il est probable que ces événement possèdent une forte connotation émotionnelle.

Les émotions suscitées par ces erreurs marquantes sont plus nombreuses que celles du quotidien (3,9 en moyenne par répondant contre 2,2). La plupart des émotions sont augmentées, en particulier la tristesse (+ 36%), la culpabilité (+28%), la honte (+25%), la colère (+24%) et l'angoisse (+22%). Seule la fatigue, l'indifférence et le détachement sont diminués.

La répartition des émotions est également modifiée. La culpabilité dominante est ressentie par les trois quarts des vétérinaires et auxiliaires. Près de la moitié ressentent de la honte, qui était également une émotion importante dans les erreurs du quotidien. La tristesse est la troisième émotion la plus ressentie (45%) suivie par la colère (39%) alors qu'elles sont plus rares pour les erreurs du quotidien.

Avec le temps, il est possible que le rappel des émotions soit moins précis, impacté par le biais de mémoire, entraînant un glissement vers des émotions plus primaires. Néanmoins, les performances mnésiques pour des mots émotionnels ont tendance à rester stables dans le temps[194]. Les témoignages représentent donc surement avec une assez bonne précision les émotions vécues.

Les erreurs marquantes semblent donc être caractérisées par des émotions plus nombreuses et plus primaires, marquées par davantage de culpabilité et de honte.

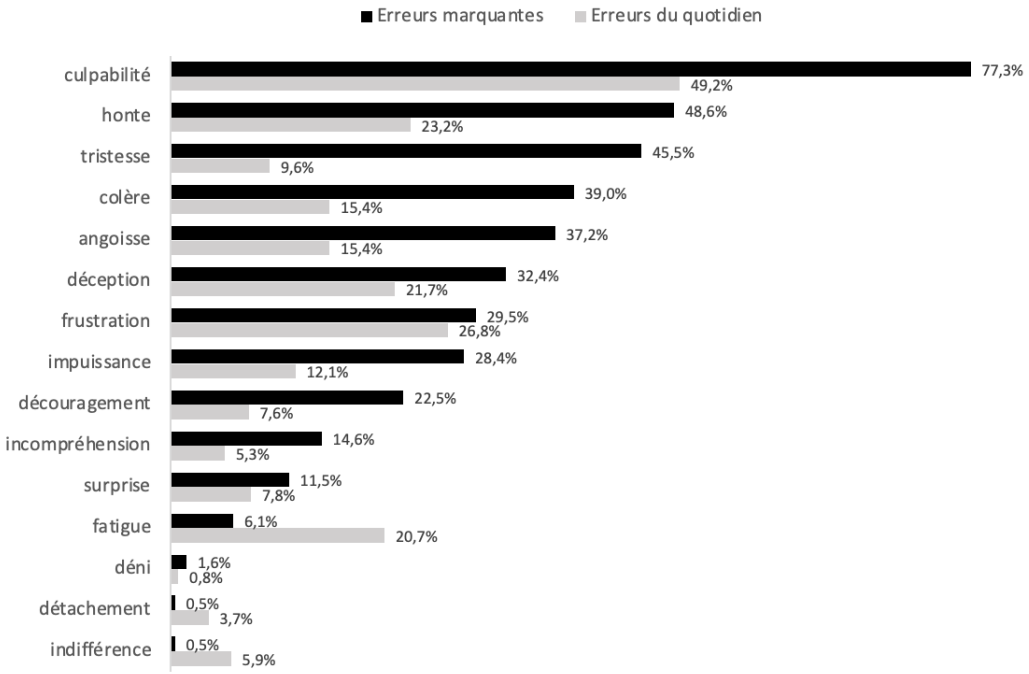


Figure 44 : Distribution des émotions ressenties lors d'erreurs marquantes et lors d'erreurs du quotidien.

[193] Hamann, 2001.
[194] Desgranges et al., 2018.

C. Facteurs influençant l'expérience de l'erreur d'après les soignants

Afin de comprendre pourquoi certaines erreurs impactent sur le long terme, il a été demandé aux répondants par question libre, selon eux, pourquoi l'erreur témoignée les a particulièrement marqués. Cette question permet d'explorer les 4 dimensions relevées par Galam, notamment l'impact de l'organisation et du client qui n'ont pas été explorés.

1. Méthode

Une ACT a été réalisée sur les 446 réponses par codage enraciné.

La bibliographie préexistante n'a pas exploré les causes de l'impact sur le long terme des erreurs sur les équipes vétérinaires. Des études existent en médecine humaine, mais aucune classification arrêtée n'existe. Bien que certaines hypothèses étaient nées de l'analyse des caractéristiques des erreurs marquantes, l'approche inductive semblait donc plus adaptée.

Elle permet de découvrir les thèmes au fur et à mesure sans a priori. L'objectif est de passer du spécifique, des situations particulières vécues par un individu, à du général : avoir une idée des causes de l'impact des erreurs au long terme sur les soignants vétérinaires[195]. L'approche inductive est donc pertinente dans l'objet d'étude pour prendre en compte les perspectives des participants et souligner les nuances et complexité que l'on pourrait ignorer[196].

2. Étiquetage et consolidation

La lecture et l'imprégnation du *corpus* a permis un premier étiquetage des verbatims. La consolidation de des étiquettes a permis de déterminer quinze thèmes, regroupés en 7 thèmes parent.

Tableau XIII : Construction par codage enraciné des thèmes liés aux déterminants de l'impact d'une erreur sur le soignant

Étiquettes	Thèmes après consolidation	
	Thèmes fils	Thèmes parents
Conséquences effectives pour le patient	Gravité effective	Gravité
Conséquences potentielles pour le patient ; conséquences incertaines ; peur des conséquences pour le patient	Gravité potentielle	
Inattendu ; rare	Surprise	Vécu
Désemparé ; stress ; choquant ; incompréhension ; impuissance ; honte ; estime de soi	Émotions	
Première	Première	
Contraste par rapport à la situation ; événement heureux ; animal jeune	Contraste	Situation particulière

[195] Blais et al., 2006.

[196] Par exemple, l'une de mes hypothèses préconçues en tant que chercheuse était que la gravité avérée de l'atteinte conditionne l'impact. Pourtant, comme nous allons le voir, bien que l'animal soit décédé, le motif marquant n'est pas toujours le fait que l'animal soit mort.

Attachement au client ; attachement au propriétaire ; lien à l'animal	Lien particulier	
Réaction du propriétaire ; plainte ; réaction violente ; tristesse ou douleur du client ; empathie pour le client	Réaction du propriétaire	Réaction d'autrui
Réaction du patron ; Réaction d'un collègue ; Réaction d'un confrère	Réaction d'un collègue ou d'un confrère	
Conditions de travail ; matériel ; organisation	Conditions de travail	Sensation de contrainte
Contre son gré ; influence des clients ; influence des patrons	Perte du libre arbitre	
Évitable ; erreur bête	Évitable	Jugement sur l'erreur
Ma faute ; responsable ; culpabilité	Coupable	
Progrès ; récente	Autre	Autre
NSP	Indéterminé	

3. Description des thèmes

a. Gravité de l'atteinte

Gravité effective

L'un des premiers motifs est la gravité effective de l'erreur sur le patient : « gravité des conséquences », « Parce qu'elle a eu de graves conséquences surtout sur l'animal », « Lourde de conséquences », « L'animal a été impacté par mon erreur », « Car une perfusion en péri veineux peut arriver à tout le monde mais les conséquences ici ont été dramatiques ».

La mort est la gravité la plus témoignée : « à cause du décès du patient », « L'animal est décédé dans la nuit », « Car les 2 animaux sont morts ». Son caractère irréversible est parfois mis en avant : « Parce que le décès est irréversible », « conséquence radicale ».

La mort peut choquer, même si le pronostic vital est déjà engagé : « mort du patient même si elle était en très mauvais état clinique. » ; « même si animal en très mauvais état , sa mort a été directement lié à l administration de la perfusion ».

Mais d'autres atteintes sont également perçues comme une gravité effective marquante : « parce qu'il a fallu amputer le chien », « Le patient a perdu la vue sur un oeil », « parcequ'elle m'a mené à enlever un organe à un animal qui aurait dû repartir avec ».

Enfin, la gravité effective peut être relative par rapport à l'expérience du soignant : « Erreur la plus grave à ce jour », « C'est la plus grosse que j'ai faite ».

Gravité potentielle

La gravité potentielle est une des raisons pour lesquelles une erreur peut être particulièrement marquante, même si l'animal a finalement été sauvé, que l'erreur ait été rattrapée ou récupérée à temps : « L'animal a failli mourir », « J'ai failli tuer un chat », « Risque pour le patient ++ », « Parce que là minette aurait pu y rester », « [...] Et que les conséquences auraient pu être gravissimes! ».

Ces motifs sont marqués par l'emploi du conditionnel : « parce qu'elle aurait pu coûter la vie au chien sans l'intervention ultérieure des confrères », « L'animal aurait pu mourir », « Ça aurait pu tuer l'animal », « parce que les reins du chien auraient pu trinquer », « Elle aurait pu être létale pour le patient le plus léger ».

L'incertitude des conséquences impacte également : « parce que […] je n'avais jamais entendu d'erreur comme celles si, je ne savais pas si cela pouvait être grave pour le chat... », « parce que je ne savais pas du tout quelle conséquence cela pourrait avoir ».

Enfin, la peur suscitée peut être plus marquante que la gravité potentielle en elle-même: « parce que j'ai eu très peur des conséquences sur l'animal », « Peur d'avoir causé des dommages trop importants pour l'animal », « Parce que j'ai eu très peur de perdre cette chienne […] »

b. Vécu

Le vécu à court terme de l'erreur a des impacts sur le long terme.

Emotions

Des émotions très fortes peuvent être ressenties.

L'incompréhension de l'erreur peut impacter le soignant : « mon patient s'est endormi alors que je pensais avoir injecté du flush, j'ai cru qu'il avait perdu connaissance et je ne comprenais pas pourquoi ».

La gestion de l'erreur crée un stress important : « Gros stress », « Le stress engendré », « Parce que je suis stressée déjà à la base par la chirurgie et les anesthésies », « J'ai eu la peur de ma vie et j'étais seule à ce moment, et je ne savais pas aller chercher le pôle vasculaire dans l'abdomen... mais aucun saignement ni rien », « J'ai du chercher le chat partout dans les alentours, sonner aux portes des voisins ...heureusement le chat habitait pas loin. IL est rentré chez lui ». Lorsque le soignant a du mal à gérer la situation, l'erreur crée également un sentiment d'impuissance : « Parce que ont se sent impuissant ; chirurgie stressante sur un animal critique en urgence et seul. Personne pour remplir la cuve à iso ; obligé de se déscruber et bon coup de stress », « Car j'étais désemparée, seule ».

Enfin, l'altération de la confiance en soi par la honte ou la remise en cause de ses compétences peut également impacter sur le long terme : « Je ne me suis jamais senti aussi con », « Je me suis sentie nulle », « Car elle a fait naître un sentiment d'impuissance chez moi, sentiment de ne pas encore tout connaître en médecine vétérinaire et de ne pas encore avoir le bon jugement pour savoir quand passer la mains ».

Première

Lorsque l'erreur représente une première expérience, elle peut être marquante. L'expérience peut être :

- l'échec : « échec évident, erreur de coupe du fémur, premier emploi scie oscillante », « premier échec suite entérotomie »,

- la première erreur dans un contexte donné (employeur, type d'acte, …) : « PREMIERE ERREUR chez un employeur », « Cela faisait longtemps que cela ne m'étais pas arrivée. La première dans ma nouvelle structure. », « je venais de m'installer », « 1er patient perdu à l'anesthésie », « Je finissais mon contrat de remplacement dans une structure, je ne voulais pas laisser une mauvaise impression »,
- la première erreur de la carrière : « 1er décès et que j'ai assumé seule devant les clients », « C'était la première fois que cela m'arrivait. », « Mon premier mort suite a une erreur de ma part », « début de carrière. »,
- la première erreur grave : « « 1er décès sur la table de chir », « Première mort d'un animal de ma faute », « La première avec des conséquences immédiates et devant le propriétaire », « 1ere grosse erreur à risque grave », « Première erreur entrainant la mort du patient ».

Les témoignages mentionnant la jeunesse ou le fait de débuter ont également été introduites dans ce thème : « Débutant dans chirurgies de convenance », « j'etais jeune ».

Surprise

Lorsque l'erreur est particulièrement surprenante, le soignant est d'autant plus marqué : « Totalement inattendue », « Parce que la césarienne a été faite par mes collègues pendant les vacances, et que l'éleveuse elle même performante n'en revenait pas qu'il y ait un chiot (Grande habituée des échographies) alors que elle comme moi avant de faire l'écho avions parié la chienne pleine vue les mamelles », « je ne m'y attendait pas, pour moi il n'y avait pas de difference entre les formes de marbocyl injectable », « Moment surprenant [à propos d'une « erreur de produit euthanasiant, injection ketamine a la place du T61,reveil partiel au moment de la préparation de l'enterrement »] », « je ne m'étais jamais posé la question de l'effet de cette erreur ».

c. Situation particulière

Contraste

Certains contextes de soins ou critères liés à l'animal contrastent le ressenti de l'atteinte, rendant l'erreur plus marquante :

- Lorsque l'acte est perçu comme banal ou fréquent, « J'ai cru avoir rendu invalide le chaton lors d'un acte banal, pratiqué très souvent sans problème », « décès de l'animal sur un acte de routine. »
- En particulier lors des chirurgies de convenance : « j'ai peur que cela se reproduise à chaque ovariectomie de chienne que je fais », « Car il s'agit d'un acte de convenance », « Parce qu'un animal n'est pas censé mourrir lors d'une chirurgie de convenance. », « Une chienne décédée suite ovario de convenance »,
- Lorsque l'animal est jeune et/ou en bonne santé : « Décès d'un jeune chien », « À cause du sentiment que cela était évitable et qu'il s'agissait d'un animal jeune et en bonne santé, dont l'on n'attend pas du tout qu'il meure. », « Mort d'un animal jeune sur une chirurgie de convenance », « Jeunesse du patient, décès lors d'une chirurgie de convenance », « Le chien était en bonne santé […] », « Sentiment d'injustice. Jeune animal. »
- Lorsque le déroulement et l'issue sont très différents de l'intention de base : « Essai de soulager l'animal et a entrainé la mort (par euthanasie) », « deces patient jeune avec

pathologie opérable », « Prise en charge disproportionnée par rapport à l'acte initial », « le caractère impressionnant du chat qui crache du sang, pour une simple prise de sang ».

Lien particulier

Un motif marquant est l'attachement particulier à l'animal ou aux propriétaires.

L'animal peut appartenir à :

- Des membres de la famille : « parce que c'était le chat de maman, pensionnaire à l'EHPAD », « c était le chaton de ma fille […] », « Vrai attachement à la chienne, proprietaire membre de la famille »,
- Des collègues : « chienne d'une asv […] »,
- Des amis : « lien amical avec les propriétaires »,
- Voire être celui du soignant : « mon propre animal », « Parce que pour des motifs stupides j'ai mis en danger la vie de mon propre chat. », « chien de la famille ».

L'attachement à l'animal ou aux propriétaires peut naître sans que des liens d'amitiés ou de parenté préexistent :

- Lorsque l'animal est suivi depuis longtemps, ou est simplement attachant : « cette chienne était particulièrement attachante, je l'avais suivie depuis toute petite et pendant sa grossesse, j'étais présente lors de sa sterilisation », « parce que la chienne était extraordinairement gentille », « La chienne était une patiente régulière, suivi depuis son plus jeune âge », « patient attachant »,
- Lorsqu'un lien de confiance s'est tissé avec les propriétaires ou car ils sont simplement gentils : « Le chien […] appartenait à des gens adorables », « […] affection particulière pour les propriétaires […] », « animal suivi depuis un moment, », « Car c'était un chien que je suivais depuis longtemps et le propriétaire me faisait confiance. », « lien fort avec animal et client », « Lien affectif avec la propriétaire et l'animal », « Chien et propriétaires adorables ».

d. Réaction d'autrui

La réaction des personnes autour de nous peut être particulièrement marquante.

Réaction du propriétaire

Les propriétaires peuvent réagir de diverses manières, pouvant affecter le soignant :

- Par une violence physique ou verbale, en face à face ou par écrit : « Le propriétaire m'a hurlé dessus », « le scandale qu'a fait la propriétaire éleveuse », « La cliente a écrit un courrier me disant de changer de métier et me reprochant mon manque d'empathie et mon incompétence », « Courriel salé des propriétaires à mes employeurs après un 2ème avis chez un confrère », « colère du propriétaire », « diffamation, bashing », « Car je me suis faite engueuler par le client que je ne connaissais pas »
- Par une plainte disciplinaire ou la recherche de responsabilité civile : « […] l'attitude des propriétaires, et une plainte à l'ordre », « Plainte ordinale […] », « client procedurier », « Car il y a eu plainte à l'assurance et j'ai du payer », « poursuites de la part du propriétaire »,

- En changeant de vétérinaire : « « Parce que c'est un client que l'on connait bien et qui ne veut plus venir maintenant. »
- Par de la tristesse, suscitant l'empathie du soignant : « La déception des propriétaires », « Les gens n'ont pas pu voir leur chien et celui ci est décédé », « Cela a un impact sur les propriétaires », « Propriétaire avait perdu sa femme sur une erreur médicale lors d'une "petite" opération et revivait la situation avec son chat, il avait très peur de le perdre à l'anesthésie ».

Réaction d'un soignant

La réaction d'autres auxiliaires ou vétérinaires peut augmenter l'impact sur le long terme de l'erreur.

Si la réaction de confrères peut être mal vécue (« mise en cause par un confrère et le client »), les témoignages mentionnent surtout des réactions négatives de collègues (« Parce qu'elle a entraîné la mort du patient et que ma collègue m'a mal parlé à ce moment la quand je lui ai demandé de l'aide. »).

Les réactions de vétérinaires sur des erreurs commises par des auxiliaires sont décrites : « Gestion de l'humeur des vétérinaires, leur colère », « Impuissance face à la réaction du veterinaire », « […] [La] manière de réagir [du vétérinaire] a été de mon point de vue très exagere », « Car le vétérinaire était vraiment très en colère sur moi.. », « Remontrance du vétérinaire ».

Les réactions des patrons peuvent également être négatives : « Accusation du patron », « Car je me suis faite engueuler par […] mon patron énormément », « Brutalité de la réaction de mon employeur », « […] patronne pas contente non plus », « ma patronne était en colère fasse à l'erreur (mais pas contre moi) ».

Enfin, le refus d'un collègue d'assumer sa part de responsabilité est également marquant : « Parce que je faisais toujours une prise de sang avant de rentrer dans ma nouvelle structure, et que ma nouvelle patronne m'a dit que ca ne servait a rien. Et puis quand le chat est mort, elle m'a dit qu'il fallait le faire a chaque fois. Sympa le soutien », « L'injustice! Le véto, fatigué par ses gardes et un bébé qui fait ses dents n'a pas voulu reconnaître qu'il était responsable de cet accident ».

e. Sensation de contrainte

Perte du libre arbitre

Lorsque le soignant a commis une erreur alors qu'il ne se sentait pas en pleine possession de son libre arbitre, a été influencée dans son jugement voire contraint, cette erreur le marque d'autant plus.

La prise de décision ou les actions d'un collègue contre notre gré sont souvent exprimées :

- le plus souvent par des auxiliaires vis-à-vis de vétérinaires : « Parce que je ne me suis pas écoutée, et si j'avais reculé la sonde ce staf de 18mois serait encore en vie », « je ne me suis pas affirmée face a un jeune chirurgien plein d'assurance, mais avec bcp moins d'expérience que moi en matière de comportement animal, et qui ne connaissait pas le chien » ;

- mais parfois aussi par des vétérinaires : « Je jugeais les conditions d'hospitalisation mauvaises. J'avais indiqué la chirurgie. J'ai retrouvé l'animal mort », « Chirurgie imposée par une collègue alors que je l'avais référée », « c était le chaton de ma fille et j'avais donné des consignes qui n'ont pas été suivies mais je n'ai pas osé me positionner par rapport à cette asv »

La façon de travailler peut être influencée, voire imposée, par les patrons : « Parce que je faisais toujours une prise de sang avant de rentrer dans ma nouvelle structure, et que ma nouvelle patronne m'a dit que ca ne servait a rien. […] », « Je savais qu'on devait la prendre plus en charge que ce qu'on a fait mais j'ai écouté ma patronne de l'époque. », « J'ai euthanasié trop vite parce que je m'étais fiée à mes supérieurs.... »

Enfin, les clients peuvent également influencer la prise de décision : « La confiance aveugle que je donnais aux clients concernant leurs dires et leurs souhaits [à propos d'un client ayant insisté pour que son animal ne porte pas de collerette]. Désormais, peu importe l'animal ou le propriétaire, ils repartent tous avec une collerette. », « J'étais jeune et influençable je me suis laissée convaincre par le client qui ne souhaitait pas faire subir une troisième chirurgie à sa chatte âgée j'aurais du suivre mon instinct et l'endormir pour vérifier avant de l'euthanasier je me suis rendu compte à ce moment là que mes erreurs pouvaient entraîner la mort de mes patients ce qui était à l'opposé de ma vocation de soigner et guérir », « décalage entre la gravité clinique et le discours des propriétaires ».

Conditions de travail défectueuses

Des conditions de travail défaillantes contribuant à l'erreur sont invoquées comme motif marquant. Elles peuvent porter sur :

- La charge de travail : « Planning toujours tendu on a jamais le temps de faire les choses bien, et la ca a résulter dans la mort d'un chat. », « Pas de rigueur ce jour là. Surcharge de travail », « Trop de travail, retard accumulé, consultation trop rapidement gérée », « si nous n'étions pas en manque de personnel, je n'aurais jamais pris cette décision », « Parce que ce jour là je ne devais pas bosser, j'étais venue dépanner qq heures suite à l'absence d'une ASV, et qu'étant très fatiguée par un surmenage général […] »
- L'environnement de travail et le matériel : « mort de l'animal qui aurait pu etre évité si je n'avais pas été contraint de travailler sans etre en état de le faire correctement », « Ne jamais faire confiance au matériel...décès inacceptable pour une chirurgie de convenance », « confondre des médicaments pour des raisons d'emballage », « Parce que j'avais réclamé le matériel nécessaire et on avait ignoré ma demande […] »,
- L'organisation de travail : « Plusieurs intervenants et perte d'information à plusieurs niveaux, fiche d'hospitalisation ne précisant pas la voie d'administration, comprimés dilués dans de l'eau, seringues non étiquetées avec une aiguille alors qu'administration par voie orale », « Manque de soutenance / aide/ surveillance confrere ».

f. Jugement sur l'erreur

L'incident peut marquer sur le long terme quand le soignant juge l'erreur particulièrement évitable et/ou entièrement de sa faute.

Culpabilité

La culpabilité est très témoignée par les répondants : « Je me suis sentie coupable », « Fort sentiment de culpabilité », « Culpabilité++ », « Obstination coupable de vouloir sauver le chien par le geste chirurgical ». Elle manifeste le fait que le soignant s'impute l'erreur et l'atteinte.

Elle se manifeste par un sentiment d'une responsabilité accrue : « L'animal était sous mon entière responsabilité, j'étais occupée à faire autre chose en même temps, je ne lui ai pas porté suffisamment d'attention », « Je me suis sentie responsable de la mort de l'animal », « Le chat à faillit mourir, je m'en suis extrêmement voulu et était complète responsable ».

Elle apparaît également sous la mention de faute :

- Explicitement : « inattention, surcharge de travail et fatigue mais totalement ma faute », « Invalidité permanente de ma faute », « Parce que c'est de ma faute, j'étais seule dans la structure », « C'est une faute grave et complètement ridicule »,
- Ou implicitement : « Sentiment d'avoir été négligeant », « Négligence de jeunesse », « j'ai bâclé mon travail », « Car mon incompétence a mené à la mort du patient », « Parce que le vétérinaire aurait du vérifié l'état de santé du chat avant d'euthanasier »
- Au point d'être impardonnable : « car elle est impardonnable ! On s'occupe exclusivement du chien que l'on vient d'endormir », « IMPARDONNABLE », « Car c'est une erreur grossière et inexcusable ».

Évitable

Une erreur jugée particulièrement évitable est décrite comme marquante : « parce que c'était une erreur idiote et fatale », « erreur bête et vraiment évitable », « Erreur bête de calcul de dose, le chien a vomi », « stupide et anodine […] », « C est bête, un simple morceau de papier avec les infos aurait probablement évité de faire ce mélange », « […] ce chat est mort bêtement par ce que je n'ai pas vérifié le circuit », « Erreur "bête", à laquelle je pense habituellement (mais apparemment pas toujours...) et contre laquelle ont nous a pourtant prévenus et re-prévenus ! », « Erreur conne et évitable, si j'avais pris le temps de l'intubé on en serait pas là. […] », « Tellement évitable ! ».

Ce jugement sur l'erreur est souvent associé à la culpabilité : « Parce qu'elle était vraiment évitable. Parce que les gens venaient pour un 2ème avis. Parce que sans cela, il aurait peut-être survécu. Parce qu'ils ont pleuré quand je leur ai annoncé le décès, et que je savais que je l'avais causé. Parce que je l'ai gardé pour moi sans jamais en parler à personne. »

g. Autres

Deux témoignages ne s'intègrent dans aucun des thèmes décrits. Ils sont donc regroupés au sein du thème « autres » :

- Une erreur (« Protocole anesthésique inadapté lors d'obstruction des voies urinaires chez un chat ayant entraîné sa mort ») a marqué « Parce qu'elle m'a fait progresser »,
- Une erreur a marqué car elle est « récente ».

Deux répondants n'ont pas su identifier pourquoi l'erreur témoignée les avait particulièrement marqué : « Je ne sais pas », « Aucune idée ».

Enfin, certains témoignages ne permettaient pas d'identifier avec certitude le motif : « oui », « absence de bilan préopératoire », « Je m'en suis rendue compte de suite après l'injection. », « car trop régulière », « moment ».

4. Proportions des motifs

Les motifs principaux sur les 446 témoignages sont la gravité (effective et potentielle) puis la culpabilité. Néanmoins, ces proportions varient beaucoup en fonction des métiers.

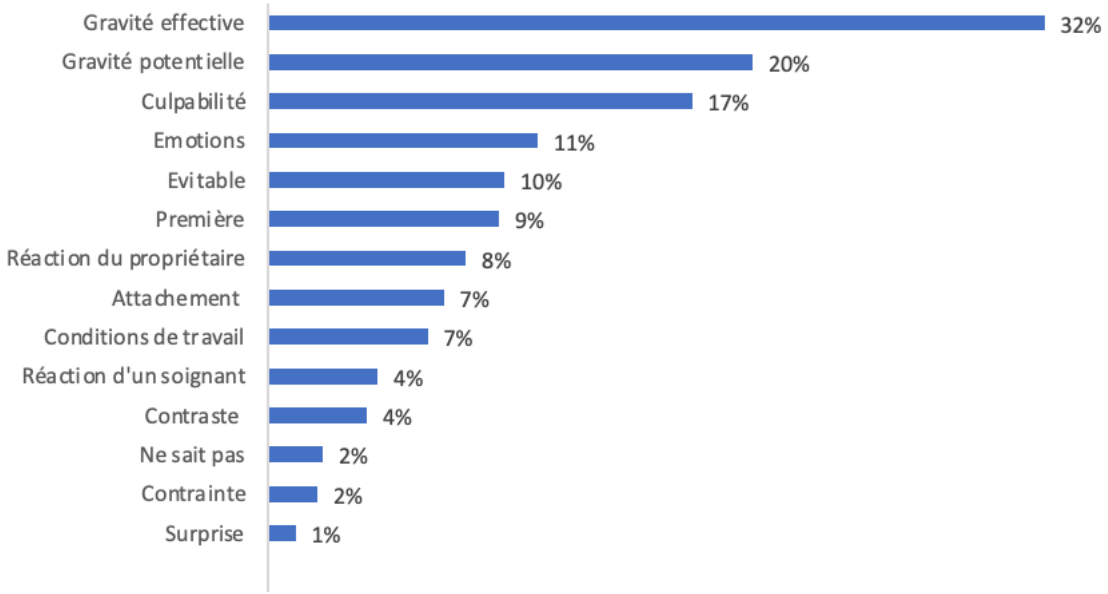


Figure 45 : Répartition des motifs marquants dans l'échantillon.

a. Influence du métier

Les auxiliaires sont plus impactées par la réaction des collègues et la gravité potentielle alors que les vétérinaires sont plus impactées par la gravité effective, le contraste et, dans une moindre mesure, l'évitable, l'attachement et la première expérience.

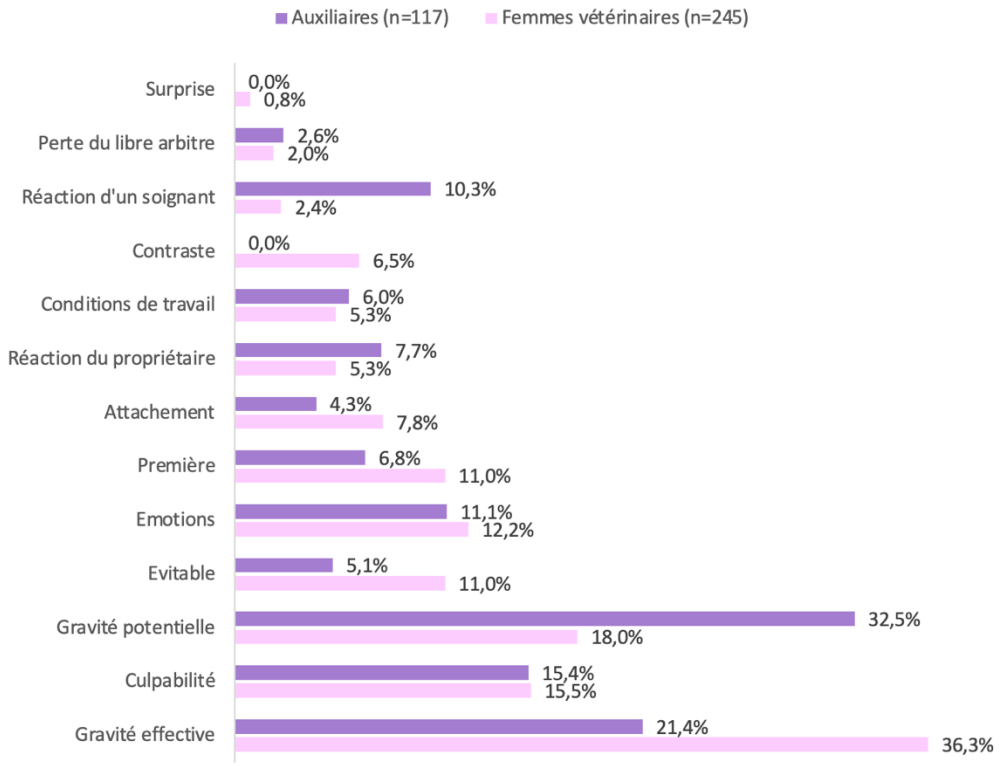


Figure 46 : Répartition des motifs marquants en fonction du métier.

b. Influence du sexe

Comme il n'y a pas de femmes dans l'échantillon d'auxiliaires, la comparaison est effectuée entre les hommes et les femmes vétérinaires.

La gravité potentielle, les émotions ainsi que, dans une moindre mesure, le contraste et la gravité effective, sont des motifs qui impactent sur le long terme davantage les femmes.

A l'inverse, la réaction du propriétaire, la culpabilité et les conditions de travail, ainsi que dans une moindre mesure la surprise, sont des motifs qui impactent davantage les hommes.

La perte du libre arbitre, la réaction des collègues ou confrères, l'attachement, la première expérience et l'évitable semblent être ressentis identiquement par les hommes et les femmes.

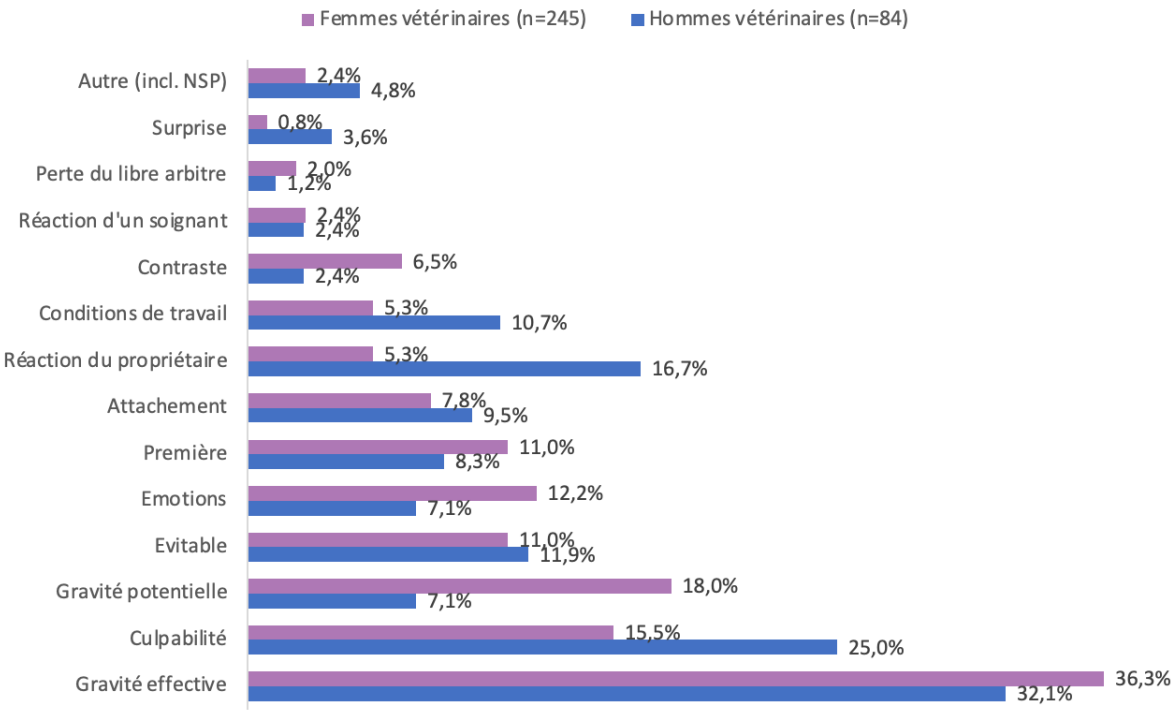


Figure 47 : Répartition des motifs marquants en fonction du sexe.

c. *Influence de l'expérience*

La plupart des motifs non corrélés à l'expérience

La majorité des motifs ne semblent pas corrélés à l'expérience.

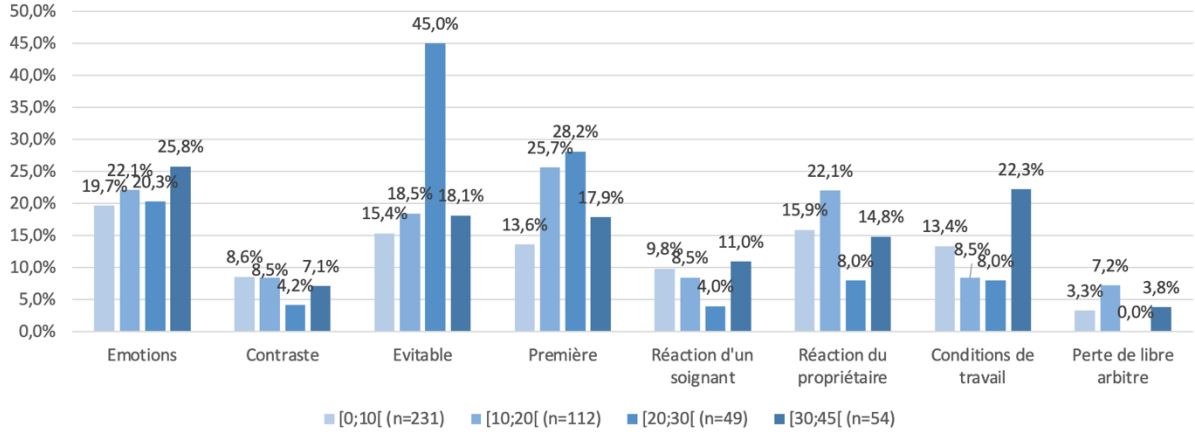


Figure 48a : Répartition des motifs marquants dans l'échantillon par tranche d'âge.

Moins de sensibilité à la gravité avec l'expérience

La prévalence des motifs liés à la gravité décroît quand l'âge augmente.

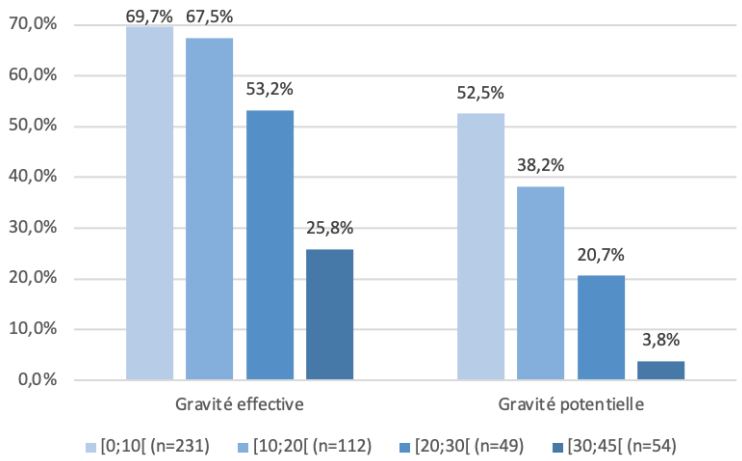


Figure 48b : Répartition des motifs marquants dans l'échantillon par tranche d'âge.

Alors que plus des deux tiers des vétérinaires ayant moins de 10 ans d'expérience donnent la gravité effective comme motif marquant, seulement un quart la donne après 30 ans d'expérience. Cette observation est encore plus prononcée pour la gravité potentielle : les plus jeunes invoquent ce motif 14 fois plus que leurs ainés de plus de 30 ans d'expérience, et 2,5 fois plus que ceux de plus de 20 ans d'expérience.

Afin de vérifier si cette décroissance observée n'est pas du fait d'une différence d'atteinte dans les erreurs témoignées en fonction de l'expérience, la différence entre le pourcentage d'événements ayant entraîné le décès et le pourcentage de déclarants invoquant le motif « gravité effective » est calculée. Les personnes plus expérimentées témoignent d'erreurs plus graves (70% après 35 ans d'expérience, contre 45 avant 5 ans d'expérience). Néanmoins, ils invoquent moins ce motif de gravité. On remarque que les moins expérimentés (<5 ans d'expérience) invoquent quasiment systématiquement la gravité effective lorsque l'animal est décédé, alors qu'à partir de 25 ans d'expérience, moins de la moitié l'invoque quand l'animal est décédé.

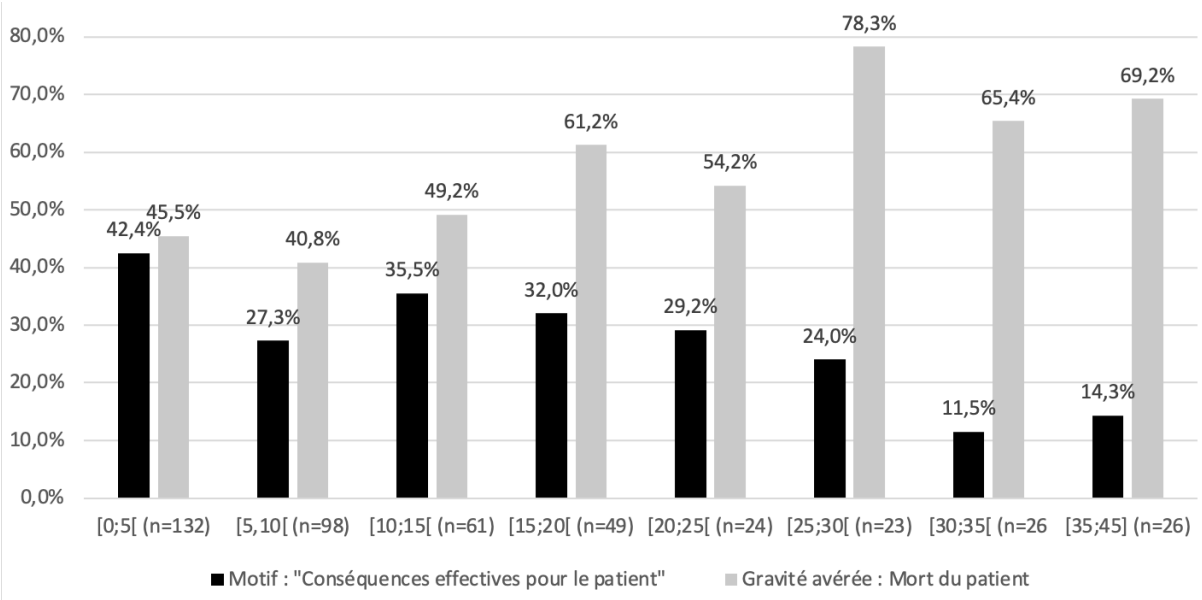


Figure 49 : Répartitions de la gravité avérée et du motif « conséquences effectives pour le patient » dans l'échantillon par tranche d'âge.

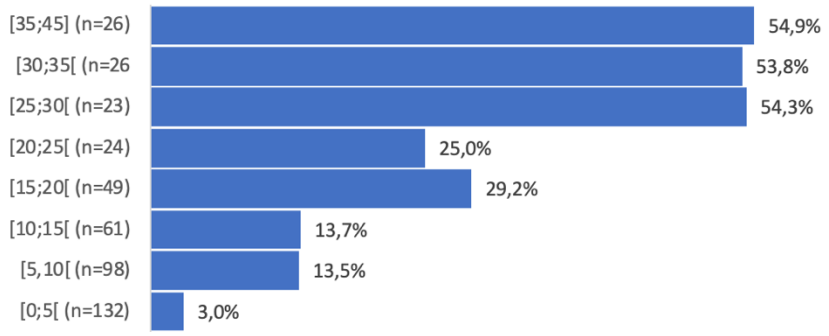


Figure 50 : Différence entre les pourcentages d'événements ayant entraîné le décès et le pourcentage de déclarants invoquant le motif « gravité effective » par tranche d'âge.

Deux hypothèses permettraient d'expliquer pourquoi les personnes les plus expérimentées n'invoquent plus le motif « gravité effective ».
D'une part, elles pourraient effectuer une « pré-sélection » des erreurs graves, puis en choisir une parmi ces erreurs graves en fonction d'autres critères. Cette hypothèse est soutenue par le fait qu'ils déclarent davantage d'erreurs graves, donc ont connu davantage d'erreurs risquées ou ayant entraîné la mort, susceptibles d'être marquantes. Choisir « La » plus marquante parmi toutes devrait alors être fait selon d'autres critères que la gravité.
D'autre part, elles pourraient être moins sensibles à la gravité par développement de stratégies d'évitement, donc être impactées sur le long terme par d'autres critères. Cette hypothèse est soutenue par le cynisme décrit dans la profession et les effets de l'habitude de côtoyer la mort[197].

L'attachement et la culpabilité plus importants avec l'expérience

L'impact de l'attachement et de la culpabilité augmente avec l'âge.

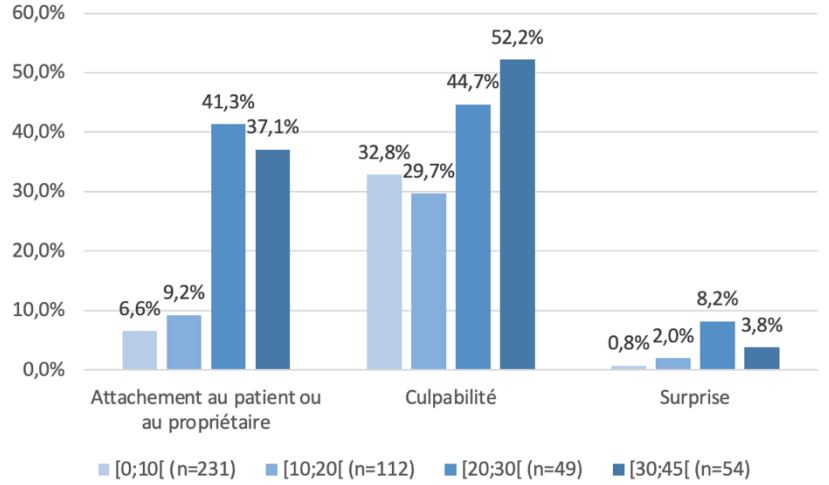


Figure 48c : Répartition des motifs marquants dans l'échantillon par tranche d'âge.

[197] Truchot et al., 2022.

La culpabilité est invoquée à tout âge pour près d'un tiers des vétérinaires et auxiliaires, mais 1,5 fois plus par les personnes les plus expérimentées que par les débutants.

L'attachement au patient ou au propriétaire est rarement évoqué par les moins expérimentés (<10%). En revanche, elle l'est beaucoup plus à partir de 20 ans d'expérience.

Dans une moindre mesure, la surprise semble également augmenter avec l'expérience.

L'augmentation de la prévalence de ces motifs peut être la conséquence de la diminution de l'évocation de la gravité comme motif. En effet, la proportion d'un motif est dépendante des proportions des autres motifs. Néanmoins, seules ces catégories spécifiques sont augmentées avec l'expérience. Pourquoi ?

L'augmentation de l'attachement au patient ou au propriétaire semble cohérent avec le fait que le tissage de liens prend du temps. Les vétérinaires expérimentés ont plus de chance de développer une clientèle qui leur est propre, et donc de développer de l'attachement.

La culpabilité n'est pas plus ressentie avec l'âge. La différence entre le ressenti de l'émotion et le fait que la culpabilité soit le motif invoqué est constante, sauf pour la tranche d'expérience 30 à 45 ans. Il est donc possible que cette différence soit due à une particularité de l'échantillon de cette tranche d'âge.

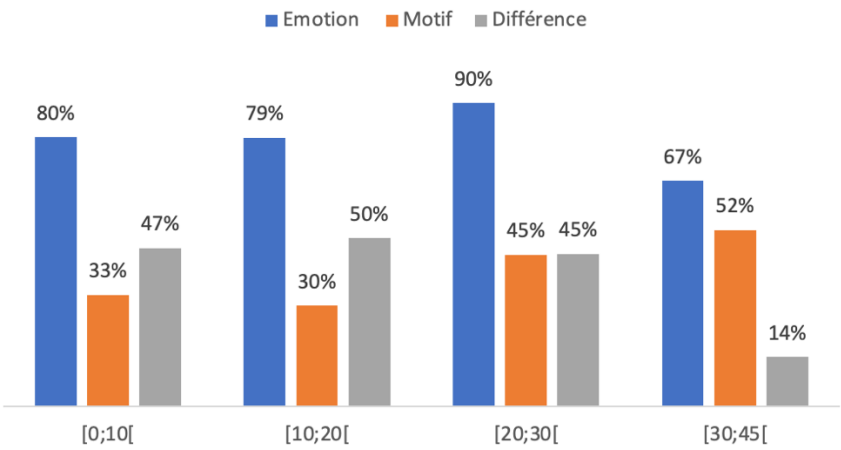


Figure 51 : Pourcentages de culpabilité ressentie, pourcentages de culpabilité invoquée comme motif marquant, et différence entre ces deux pourcentages.

III. Synthèse et discussion

Le vécu et la sécurité psychologique sont des notions qui font appel à de nombreuses notions de psychologie. L'étude en médecine humaine de la notion de seconde victime révèle la complexité de ce sujet (voire figure 27). En médecine vétérinaire, Kogan[198] a étudié l'impact négatif à court et long terme des erreurs sur la vie privée et la vie professionnelle tandis que White[199] s'est intéressé aux mécanismes de coping relatif aux erreurs. Deux enquêtes en France ont montré que le vécu des erreurs a des conséquences très négatives sur la santé psychologique des vétérinaires et le rapport à son métier.

Notre étude vient compléter ces résultats en s'intéressant aux variables influençant le vécu de l'erreur. Ce travail a permis de déterminer les émotions vécues et les critères qui font que certaines erreurs impactent particulièrement les soignants (A). Ces résultats apportent des clés de compréhension sur les facteurs influençant l'impact des erreurs sur les soignants et permettent de proposer des pistes de recherche et d'actions pour le limiter (B).

A. Synthèse des principaux résultats

1. Le ressenti émotionnel au quotidien

Au quotidien, 10% des soignants ne ressentent rien, sont indifférents ou détachés, mais uniquement lorsque l'atteinte n'a pas de gravité sur l'animal. La grande majorité des soignants est impacté par émotionnellement par ses erreurs. Elles sont marquées par de la peur et de la tristesse comme émotions primaires, et leur nombre augmente avec la gravité de l'erreur. Parmi elles :

- La culpabilité est ressentie chez près de la moitié des soignants, suivie par la frustration pour un peu plus d'un quart d'entre eux (27%).
- Certaines sont plutôt négatives comme la honte, la déception et la fatigue, ressentie par 20% des soignants.
- D'autres sont plus rares mais très fortes comme l'angoisse ou l'impuissance.
- La tristesse, la déception, l'impuissance et le découragement sont surtout ressenties lorsque l'erreur entraîne la mort de l'animal. Au contraire, des émotions semblent toujours ressenties, indépendamment de la gravité : honte, angoisse, fatigue, surprise.

2. Les facteurs influençant l'impact de l'erreur

Quasiment l'ensemble des soignants est marqué dans sa carrière par au moins une erreur. Elle peut survenir à tout âge, mais semble particulièrement impactante en début de carrière. D'après Galam, 4 dimensions influencent le vécu des erreurs. Cette étude a étudié ces 4 dimensions à travers 3 questions.

a. Caractéristiques des erreurs

Il n'existe pas de lien linéaire entre la fréquence du type d'acte et l'impact : certaines sont rares mais marquantes (comme l'anesthésie) alors que d'autres sont à la fois fréquentes et marquantes (comme les erreurs médicamenteuses ou liées au diagnostic). Certains types d'erreurs sont peu marquants (administratif, prévention, hygiène, suivi et soins).

[198] Kogan et al., 2018.
[199] White, 2018.

Le sexe et l'expérience influencent les types d'erreurs marquantes, Les hommes sont davantage marqués par les erreurs d'anesthésie et de chirurgies, et moins par les erreurs diagnostic et les autres types d'actes. Les erreurs de chirurgie marquent à tout âge, mais davantage les plus âgés. Les erreurs liées au matériel et aux soins ne sont pas témoignées par les jeunes. Au contraire, les erreurs administratives et de contention ne sont pas témoignées par les plus âgés. Ces différences sont potentiellement liées à la différence de types d'actes pratiqués en fonction de l'expérience et du sexe.

L'atteinte de l'erreur semble être un facteur d'impact au long terme puisque 87% des erreurs témoignées ont atteint le patient.

La gravité est un critère important. La moitié des erreurs témoignées ont entraîné la mort et seules un quart n'ont pas eu de conséquences, ou des conséquences mineures. Les deux principaux motifs marquants sont la gravité potentielle et la gravité effective. Les auxiliaires et les femmes sont davantage affectées par la gravité potentielle tandis que les vétérinaires et les hommes le sont surtout par la gravité effective. Avec l'expérience, les soignants deviennent moins sensibles à la gravité.

D'autres critères peuvent compter comme la nature particulièrement évitable de l'erreur (10%) le contraste de la situation (4%) qui touche davantage les vétérinaires.

b. L'impact émotionnel

L'impact émotionnel de l'erreur semble être un critère important sur le vécu de l'erreur au long terme, encore plus pour les femmes. Les erreurs marquantes suscitent davantage d'émotions, dominées par de la culpabilité (77%) et la honte (49%). La culpabilité est un motif d'autant plus marquant avec l'expérience et pour les hommes. Les soignants les plus expérimentés sont également plus touchés par l'attachement au client ou au patient. La première expérience est également un facteur déterminant pour 1 soignant sur 10.

c. L'impact de l'organisation

Les auxiliaires sont particulièrement affectés par la réaction des collègues (+8% par rapport aux vétérinaires). L'organisation du travail (7%) et la perte du libre arbitre (2%) peuvent également affecter le vécu de l'erreur.

d. L'impact du client

La réaction du propriétaire impacte 8% des soignants, en particulier les hommes.

B. Limiter l'impact des erreurs sur les soignants

1. Considérer l'impact des erreurs sur les soignants

Cette étude confirme l'application du concept de seconde victime à la médecine vétérinaire. Les vétérinaires et auxiliaires ne sont pas indifférents aux erreurs qu'ils commettent, y compris lorsque l'erreur n'est pas grave. Presque l'ensemble des soignants a été impacté par au moins une erreur dans sa vie. Aucun n'est indifférent face au décès évitable d'un animal et seulement 14% ne ressentent pas d'émotion ou de l'indifférence lorsqu'une erreur n'entraîne pas de conséquences.

Ces observations rejoignent la littérature. Kogan montre également que l'impact est plus important pour les événements indésirables (84%) que pour les événements sans conséquences (68%). Les variations d'approches méthodologiques limitent la comparaison quantitative des réponses émotionnelles[200]. Par exemple, Kogan évalue si l'erreur impacte ou non à court terme et long terme, alors que notre approche ne vise pas à évaluer l'impact positif ou négatif, mais à explorer la nature des émotions ressenties. Les émotions faiblement ressenties sont considérées dans notre étude mais ne le sont pas pour Kogan.

Considérant le mal-être très présent dans la profession, le sujet des erreurs est donc un réel enjeu pour la sécurité psychologique des soignants. Les erreurs atteignant les patients sont à considérer avec d'autant plus d'attention puisqu'ils représentent plus de 80% des erreurs marquantes. La première étape pour lutter contre l'impact négatif des erreurs sur le soignant semble donc être la prise de conscience de l'importance du phénomène de seconde victime. L'enjeu doit être pris au sérieux au niveau individuel, collectif et de la profession.

Les erreurs marquantes surviennent majoritairement en début de carrière, et la première expérience est identifiée comme un facteur marquant pour 9% des soignants. Il semble donc d'autant plus important de rassurer et d'accompagner les jeunes soignants et les nouveaux arrivants dans une structure.

Recommandation n°6 : Prendre conscience de l'importance du phénomène de seconde victime et être particulièrement vigilent face aux jeunes soignants.

2. Un vigilance accrue avec la gravité des erreurs

a. La gravité avérée

Si les soignants vétérinaires sont quasiment toujours impactés par leurs erreurs, l'impact à court et long terme dépend de la gravité avérée de l'erreur. Certaines émotions sont particulièrement associées à la mort : la déception, la tristesse, le découragement et l'impuissance. La tristesse est une émotion beaucoup plus ressentie lors d'erreur marquante qu'au quotidien. La moitié des événements marquants témoignés ont entraîné le décès de l'animal, et les jeunes soignants identifient systématiquement la gravité avérée comme motif marquant.

Cette observation rejoint la littérature. Plusieurs publications[201] démontrent un lien entre la gravité avérée de l'erreur et l'impact émotionnel du soignant. White[202] a décrit la tristesse chez les vétérinaires et cette émotion se retrouve aussi chez les médecins confrontés à la perte évitable d'un patient[203].

La mort peut être éprouvée par le soignant comme une perte catastrophique personnelle. Ce choc expose le soignant à un deuil, notamment à la « dépression réactionnelle »[204], caractérisée par de la tristesse. Vivre de la tristesse est donc normal. Cependant, l'incapacité à

[200] Sirriyeh et al., 2010.
[201] Muller et Ornstein, 2007.
[202] White, 2018.
[203] Berry, 2001.
[204] Kubler-Ross, 1969.

faire son deuil peut entraîner des réactions exacerbées comme des troubles du sommeil, des pertes de l'appétit ou de l'asthénie. Ces symptômes doivent être pris avec sérieux, et peuvent nécessiter un accompagnement médical.

La perte vécue est celle de l'animal mais également une « perte de sa foi dans les années investies pour sa formation clinique »[205]. Cette perte est responsable des sentiments de découragement, voire d'impuissance. Si malgré tous mes efforts je n'arrive pas à garantir la sécurité de mes patients, comment puis-je continuer à soigner les patients suivants ? Ces émotions peuvent conduire le soignant à se résigner et à abdiquer toute possibilité de contrôle sur les erreurs.

La gravité avérée doit donc faire l'objet d'une attention particulière pour limiter les dérives dysfonctionnelles. Mais elle n'est pas le seul facteur à considérer. Seules la moitié des erreurs marquantes ont entraîné le décès de l'animal. En particulier, avec l'expérience, les soignants sont moins impactés par la gravité avérée.

b. La gravité potentielle

La gravité potentielle est un facteur particulièrement impactant pour les soignants. Un tiers des auxiliaires le détermine comme facteur marquant, soit comme motif principal, et ce motif arrive en seconde place chez les femmes vétérinaires.

En médecine humaine, la gravité avérée est surtout mise en avant comme facteur influençant le vécu et mentionnent peu la gravité potentielle comme facteur marquant[206]. Pourtant, on comprend aisément que le stress engendré et les efforts investis pour limiter les conséquences de l'erreur puissent marquer. Pour les auxiliaires en particulier, l'atténuation de l'erreur est souvent hors de sa portée, et requiert une intervention médicale dont la réalisation revient au vétérinaire. L'impuissance peut donc exacerber le vécu de la situation.

Les soignants doivent donc être particulièrement attentif au vécu des erreurs potentiellement grave, quand bien même celle-ci n'aurait finalement pas eu de conséquence, en particulier chez les auxiliaires.

Recommandation n°7 : Une attention particulière doit être accordée au vécu des erreurs graves et potentiellement graves.

3. Limiter la culpabilité

La culpabilité est ressentie par la moitié des soignants lors d'erreur quotidienne et par les trois quarts d'entre eux lors d'erreur marquante. Il s'agit de l'émotion la plus ressentie. White a également identifié cette émotion comme très importante chez les vétérinaires. En médecine humaine, il s'agit également d'une émotion systématiquement décrite[207] et souvent la plus ressentie parmi les soignants interrogés[208].

[205] Galam, 2011.
[206] Waterman et al., 2007.
[207] Sirriyeh et al., 2010.
[208] Chanelière, 2005.

La culpabilité n'est pas nécessairement négative. Il s'agit d'une émotion adaptative et fonctionnelle qui possède une fonction constructrice importante. Cependant, la culpabilité ressentie est souvent négative[209], voire « écrasante » et peut dériver vers de l'auto-accusation, de la dépression et de l'anxiété. Vivre avec une culpabilité constante sur les épaules à chaque erreur, même mineure, peut donc être décourageant et dériver vers des comportements d'évitement ou d'autopunition pathologiques.

La culpabilité peut être exacerbée lorsqu'une erreur est jugée particulièrement évitable, voire « bête ». Il est important d'avoir à l'esprit que par définition les erreurs sont évitables. La majorité surviennent en situation de routine par un praticien compétent. Se familiariser avec les concepts de facteurs humains peut aider à changer de regard sur l'erreur et donc à diminuer l'impact de ce facteur sur le vécu.

Objectiver sa responsabilité permet d'éviter une culpabilité inappropriée ou excessive. L'objectif n'est pas de minimiser sa responsabilité mais d'éviter la maximisation ou la victimisation en se rappelant que l'erreur est humaine et que l'erreur patente n'est pas la seule cause de l'événement indésirable. Différentes méthodes le permettent. Par exemple, la pratique réflexive[210] est recommandée pour prendre du recul et rationaliser la situation. Adopter une pratique réflexive consiste à revenir sur les ressentis, points de vue, objectifs et contraintes au moment de l'erreur. Elle permet d'évaluer plus objectivement son degré d'implication, et de prendre conscience des variabilités. White suggère dans le même genre la « mise en perspective » de l'événement indésirable par rapport au nombre de tâches bien menées. Rationaliser la culpabilité ne veut pas dire nier l'émotion. Au contraire, accepter son émotion et s'y confronter est nécessaire pour éviter d'adopter un mécanisme d'évitement. Des approches thérapeutiques peuvent être nécessaire si le soignant ressent de la culpabilité excessive.

Se concentrer sur la fonction constructrice de l'erreur aide également à limiter l'impact négatif de la culpabilité. White soulève que le passage à l'action en se concentrant sur les prochains patients aide les vétérinaires à avancer. La culpabilité peut également motiver à chercher des solutions pour faire en sorte que l'erreur ne se reproduise plus. L'adoption d'un coping actif est bénéfique pour le bien-être sur le court et long terme.

Recommandation n°8 : Limiter les excès de culpabilité en objectivant sa responsabilité et en se focalisant sur les actions possibles.

4. Lutter contre les peurs

L'émotion primaire dominante ressentie lors d'erreur est la peur. L'angoisse et la honte sont ressenties au quotidien respectivement par 15 et 23% des soignants, et encore plus lors d'évènements marquants (respectivement 37% et 49%). Ces émotions se retrouvent dans la littérature. L'angoisse est proche de l'anxiété, émotion retrouvée par White. La honte est décrite dans la majorité des études de médecine humaine.

[209] White, 2018.
[210] Galam, 2011.

L'exposition chronique à ces émotions, y compris lorsque les erreurs ne sont pas graves, peut avoir des effets très négatifs sur les comportements et le bien-être des soignants. Si à faible niveau, l'anxiété stimule la vigilance et l'attention et pousse à prendre des mesures préventives, l'angoisse, généralement plus intense, peut évoluer vers des troubles anxieux altérant la vie professionnelle, mais également la vie personnelle (troubles du sommeil, de l'humeur, consommation excessive de drogues, …). La honte quant à elle peut également altérer la confiance de l'individu et sa santé mentale, ainsi que lui faire adopter des stratégies d'évitement néfastes pour la sécurité des soins et son intégration sociale.

Les peurs de l'individu dépendent plus du contexte social que des caractéristiques intrinsèques de l'erreur. Les normes sociales et les attentes de la communauté partagées par les organisations influencent la façon dont les gens perçoivent et gèrent leurs émotions. La honte et l'angoisse sont ressenties dans des proportions similaires quelle que soit la gravité de l'erreur. La réaction des collègues marquent en particulier les auxiliaires.

Ainsi, une culture négative où les erreurs sont moquées ou blâmées ne peut qu'exacerber ces peurs, de même qu'une structure visant l'excellence en niant les erreurs humaines. Le soutien[211] et une culture juste sont donc particulièrement importants pour limiter ces peurs.

Recommandation n°9 : Développer la culture juste et le soutien pour limiter les peurs liées aux erreurs, en particulier la honte et l'anxiété.

5. De nombreuses autres mesures possibles

En relevant des facteurs contribuant à l'impact des erreurs sur les soignants, il est possible de relever des actions à mener pour améliorer le vécu des vétérinaires et auxiliaires : prendre conscience de l'ampleur du phénomène, être particulièrement vigilent face aux erreurs graves ou potentiellement graves et chez les jeunes soignants, limiter les excès de culpabilité, développer la culture juste et le soutien pour diminuer les peurs. Ces actions ne sont pas exhaustives et ne reflètent que les pistes dégagées par l'étude.

D'autres recherches en médecine humaine et vétérinaire en proposent d'autres complémentaires. White relève des facteurs qui d'après les vétérinaires interrogés permettraient d'améliorer le vécu des erreurs : l'apprentissage technique, l'apprentissage émotionnel, l'expérience, la mise en perspective et l'évaluation, le soutien et la collégialité. La longueur et l'exhaustivité des solutions présentées dans le livre de Galam illustrent leur diversité et variabilités.

La mise en place de dispositifs d'accompagnement spécifiques et le soutien par des pairs est l'action la plus mise en avant dans la littérature. Il n'existe pas de consensus sur comment construire un programme de soutien des secondes victimes[212]. De nombreux programmes existent déjà[213]. Par exemple, à l'IUCT-Oncopole, centre de soin en cancérologie à Toulouse, a développé une cellule d'accompagnement encadrée et dont la vision est inscrite et portée par la direction générale : « Tout professionnel impliqué dans un événement imprévu et

[211] White, 2018.
[212] Seys et al., 2013.
[213] Galam, 2011, p267-278.

défavorable pour un patient peut être considéré comme potentielle seconde victime. Toute seconde victime peut bénéficier d'un soutien immédiat et d'une offre d'accompagnement. La Direction générale promeut et garantit le bon fonctionnement du dispositif d'accompagnement. »[214]. D'autres programmes de soutien et d'échange entre pairs ont été développé comme le « RISE : Response In Stressful Event »[215].

Développer des dispositifs adaptés à la prise en charge des secondes victimes vétérinaires et auxiliaires serait donc bénéfique pour limiter l'impact des erreurs sur les soignants. Au-delà de la forme et de la structure du dispositif, l'enjeu est de proposer un premier secours émotionnel aussi tôt que possible pour débriefer le stress après l'erreur, si possible par des pairs, accessible sur le lieu de travail et dans lequel l'organisation est engagée.

En médecine vétérinaire, des associations comme Vétos-Entraide proposent un soutien psychologique aux soignants. Certains groupes développent également des programmes internes de soutien[216]. Ils demeurent pertinents dans les situations de détresse liées à une erreur bien que non spécifiques à la seconde victime mais nécessitent une démarche active de la part des soignants. Or, les soignants peuvent être freinés à demander de l'aide ou du soutien s'ils ne s'estiment pas en détresse psychologique poussée. Cela nous ramène à notre première recommandation : encourager les soignant à saisir l'importance de la notion de seconde victime pour qu'ils osent parler de leurs erreurs.

Recommandation n°10 : Former les soignants aux premiers secours psychologiques, les encourager à contacter les dispositifs d'écoute et de soutien dans la profession lors de détresse émotionnelle après une erreur.

[214] https://www.soutien-seconde-victime.fr
[215] https://www.johnshopkinssolutions.com/solution/rise-peer-support-for-caregivers-in-distress/
[216] https://bluepearlvet.com/press-releases-announcements/bluepearl-pet-hospital-launches-first-ever-wellness-ambassador-program-to-promote-health-and-well-being-in-its-practices-nationwide/

SECTION III : CULTURE DE SECURITE

Le terme de culture de sécurité a été introduit en 1986 à la suite de deux accidents majeurs : l'explosion au décollage de la navette Challenger et la catastrophe nucléaire de Tchernobyl. L'analyse de ces accidents a mis en avant que des manières de penser et de faire, non pas d'un opérateur mais partagées dans l'organisation, altéraient la sécurité du système. Ce qui est ici pointé du doigt est la culture de sécurité. Alors que la sécurité et la gestion des risques ont toujours été étudiées, ces accidents organisationnels questionnent pour la première fois[217] son rôle : quelles sont les façons de faire propres à l'organisation en matière de sécurité[218] ?

Depuis, le concept a pénétré d'autres secteurs industriels à haut risque, comme l'aviation ou l'exploitation minière. Depuis la promotion en 1999 de la culture de sécurité dans le rapport « To Err is Human »[219], le concept s'est développé et est maintenant reconnu et intégré en médecine humaine comme l'un des facteurs les plus déterminants pour la sécurité des soins. Si toutes les organisations possèdent une culture de sécurité, l'objectif est de la développer pour l'intégrer à tous les niveaux dans sa pratique.

En médecine vétérinaire, la sécurité des soins a longtemps été étudiée par une approche technique. La considération des facteurs humains et organisationnel est une discipline récente. Ainsi, peu de littérature relative à la culture de sécurité existe. Une étude a développé un questionnaire pour évaluer la culture de sécurité dans la profession, mais ses résultats se concentrent sur la construction du questionnaire plus que sur l'évaluation de la culture en elle-même[220]. Une seconde étude est venue tester la pertinence de ce questionnaire au sein d'un centre universitaire hospitalier vétérinaire[221]. Si elle dégage quelques idées sur la culture de sécurité vétérinaire, l'étude se concentre là encore sur la méthode plus que sur les résultats, qui sont par ailleurs restreint à une organisation particulière (un CHUV). D'autres études évaluent de manière spécifique certains items qui sont impliqués dans la culture de sécurité[222] ou s'en rapprochent[223]. Ainsi, aucune étude ne brosse le portrait de la culture de sécurité dans la profession française.

Pourtant, comme pour la médecine humaine, les manières de penser et de faire partagées collectivement au sein d'une structure influencent la sécurité globale des soins vétérinaires. L'objectif de cette section est donc d'explorer la culture de sécurité perçue par les vétérinaires et auxiliaires afin de proposer des pistes pour améliorer la sécurité des soins.

Bien que la culture de sécurité manque d'unanimité dans sa définition et ses modèles, son évaluation permet d'identifier des composantes à travailler pour améliorer la sécurité des soins (I). L'étude menée évalue donc la perception de la culture de sécurité au niveau individuel (II), de l'équipe (III) et de l'organisation (IV) afin d'identifier les forces et faiblesses qui existent au sein de la profession, à partir desquelles il est possible de proposer des pistes d'amélioration (V).

---

[217] Agency IAE, 1991.
[218] Mukhopadhyay et al., 2021.
[219] Kohn et al., 2000.
[220] Oxtoby et al., 2017.
[221] Love et al., 2021.
[222] Alexander-Leeder et al., 2022.
[223] Ling, 2021.

I. Comment évaluer la culture de sécurité ?

Le rapport sur l'accident de Tchernobyl réalisé par les experts du groupe international pour la sûreté nucléaire (INSAG) proposait une première définition de ce nouveau concept : « La culture de sûreté est l'ensemble des caractéristiques et des attitudes des organisations et des individus qui font que les questions relatives à la sûreté des centrales nucléaires bénéficient, en priorité, de l'attention qu'elles méritent en raison de leur importance ». La définition de la culture de sécurité a fait couler beaucoup d'encre depuis 1986 car, aussi intuitive soit-elle, elle n'est pas un item tangible de l'organisation, que l'on peut isoler et observer. Il s'agit d'un phénomène global et intégré, qui émerge dans tous les aspects liés à la sécurité de l'organisation. Il est donc important de bien définir et caractériser les dimensions de la culture étudiées ici. Après une présentation des différentes approches possibles utile à la compréhension du sujet (A), nous déterminerons les critères pertinents et la méthode d'évaluation utilisés (B).

A. Comprendre la culture de sécurité

Afin de pouvoir explorer la culture de sécurité dans les structures vétérinaires, il est nécessaire de la définir et la conceptualiser pour comprendre au-delà de l'intuition ce qu'elle est (1). Puis, nous chercherons à identifier les objectifs qu'elle poursuit et déterminer comment elle peut être caractérisée (2).

1. L'approche théorique de la culture de sécurité

Scott[224] et al. (2003) la définit comme un sous-ensemble de la culture organisationnelle, elle-même un sujet amorphe et complexe sujet de multiples définitions.

a. Définir la culture organisationnelle

L'Organisation internationale de normalisation (ISO) définit la culture comme « l'ensemble des valeurs, des croyances, des comportements, des objets et des symboles partagés par une communauté ou une société ». La culture organisationnelle est donc l'ensemble des valeurs, croyances, comportements, objets et symboles partagés au sein de l'organisation.

De nombreuses autres définitions existent. Par exemple, Schein la définit comme « un modèle d'hypothèses partagées, inventées, découvertes ou développées par un groupe d'individus à mesure qu'il apprend à faire face à ses problèmes d'adaptation externes et internes ». Si l'on retrouve l'idée du partage, cette définition est plus marquée par le caractère adaptatif des valeurs partagées, et introduit l'idée qu'elle n'est pas statique mais évolutive.

Malgré l'hétérogénéité des définitions, la plupart s'accordent sur le fait que la culture représente un partage de croyances, attitudes et comportements.

[224] Scott et al., 2003.

b. Définir la culture de sécurité en santé

La culture de sécurité est donc une sous-partie de la culture de l'organisation, concentrée sur les problèmes liés à la sécurité : « les valeurs, les attitudes, les croyances et les comportements partagés par les membres d'une organisation en matière de sécurité »[225].

Cooper (2000)[226] définit la culture de sécurité comme le « partage des valeurs, actions et comportements qui démontrent un engagement pour la sécurité plutôt que pour des objectifs ou exigences concurrents ». Cette définition intègre la priorisation de la sécurité par rapport à d'autres objectifs.

La définition proposée par la société européenne pour la qualité des soins (ESQHC)[227] est la suivante : « 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. » Cette définition ne priorise pas la sécurité des soins par rapport à d'autres objectifs mais exprime l'objectif d'amélioration continue de la sécurité des soins. Elle est reprise par la HAS[228], la Commission européenne[229] et est la plus retrouvée dans la littérature en santé.

On retrouve parfois dans la littérature les termes de « climat de sécurité ». Bien qu'ils soient souvent employés de manière interchangeable, ils sont légèrement différents. Pour Cooper, le climat reflète ce que les individus ressentent, donc correspond à la composante psychologique de la culture de sécurité. Pour l'ICSI, le climat reflète la perception à un moment donné de la culture. Il est donc moins stable que la culture, davantage ancrée, et peut être influencé ponctuellement par les événements[230].

c. Modéliser la culture de sécurité

La difficulté à faire l'unanimité sur une définition montre la complexité de la notion, bien qu'elle soit relativement intuitive. L'utilisation de modèles conceptuels, représentant simplement et de manière abstraite le système, permet de décrire de façon claire et concise un phénomène complexe et d'identifier les relations entre les différents éléments pour mieux le comprendre. Ainsi, plusieurs modèles de la culture de sécurité existent.

Le modèle de Cooper (2000) différencie 3 composantes en interaction les unes avec les autres :

- la situation, comprenant les facteurs dits normatifs : les procédures et règlementations mises en place par l'organisation ou encore la stratégie poursuivie (« ce que l'organisation a »),
- les comportements, regroupant les actions des individus et de l'organisation (« ce que les gens font »),
- la psychologie, regroupant les facteurs anthropologiques tels que les valeurs, croyances ou attitudes (« ce que les gens ressentent »).

---

[225] Edwards et al., 2013.
[226] Cooper, 2000.
[227] https://www.has-sante.fr/jcms/r_1497866/fr/culture-de-securite-des-soins-comprendre-et-mesurer
[228] HAS, 2011.
[229] https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/2007109/2007109_eunetpas-report-use-of-psci-and-recommandations-april-8-2010.pdf
[230] ICSI, 2017.

Un modèle proche dans le résultat mais qui diffère dans l'approche est celui de Reinman (2010). Il distingue trois niveaux :

- Psychologique : expérience subjective individuelle,
- Social : influence du groupe,
- Et organisationnel : influence du management et du leadership.

Il s'inspire de Zohar (2008) qui a décrit deux types d'influence : celle du management, des orientations prises et souhaitées par l'organisation, sur les travailleurs (influence descendante) et celle du lien social créé entre les travailleurs, de leurs propres perceptions de l'organisation (influence ascendante)[231].

D'autres modèles existent, et ceux préexistants sont souvent modifiés, complétés ou adaptés par d'autres chercheurs. Par exemple, Yorio (2019) a ajouté au modèle de Cooper un étage lié à la culture nationale influençant les composantes normatives[232].

2. L'approche pratique de la culture de sécurité

Définir et conceptualiser la culture de sécurité est une approche intéressante puisqu'elle permet de décrire et comprendre comment elle est générée, mais qui demeure assez théorique. Pourtant, si la théorie semble assez heuristique, l'évaluation de la culture de sécurité a de réelles implications pratiques.

a. Les objectifs poursuivis

Toutes les organisations possèdent une culture de sécurité caractérisée par des valeurs, des croyances et comportements partagés. Elle n'est pas binaire (soit elle existerait, soit elle n'existerait pas) et il n'existe pas *un* modèle de culture qu'il faudrait atteindre. L'objectif est de garantir autant que possible la sécurité des soins en comprenant, identifiant et agissant sur les comportements, croyances et valeurs la limitant. L'évaluation de la culture est un outil pour aider à poursuivre cet objectif général.

L'évaluation permet de **mesurer**. L'objectif diffère en fonction de la lecture que l'on prête à la mesure. La lecture « brute » de la mesure peut servir à la comparaison de cliniques, ou d'unités dans les grandes structures. La comparaison peut être pertinente pour comprendre pourquoi certaines sont plus à risque que d'autres, mais d'autres utilisations comme le classement de cliniques relèvent d'une éthique plus discutable. Une telle logique de notation peut également servir à fixer des objectifs, des directions vers lesquelles on souhaite aller.

Cependant, comme le soulève Parker (2006), « les mesures de la culture de sécurité menant à un score ou un index global ne donnent qu'une grossière indication d'un phénomène complexe ». L'utilisation des mesures de sécurité comme « key product indicator » doivent donc être interprétés avec vigilance, et ne pas être une fin en soi. Comme le soulève l'ICSI, « le résultat du diagnostic n'est pas une mesure objective qui s'imposerait à tous par sa valeur de vérité. », « il vaut mieux raisonner en termes de « diagnostic » ou de « description » qu'en termes de mesure. » L'évaluation de la sécurité doit donc servir à d'autres objectifs que la simple mesure.

[231] Zohar, 2008.
[232] Yorio et al., 2019.

Tout d'abord, l'évaluation de la culture de sécurité à travers des caractéristiques concrètes vise à donner corps à ce concept abstrait. Elle permet de l'explorer à travers des critères objectifs. Elle est donc utile à la **compréhension** et à la prise de conscience des comportements, croyances et valeurs limitantes. Par exemple, elle permet de prendre conscience de l'aspect multi-dimensionnel de la sécurité et de sortir des idées préconçues telles que « les erreurs sont dues à des défauts de compétences ou à l'inexpérience »[233].

Il s'agit également d'une étape importante dans une démarche **d'amélioration continue** (cycle « plan, do, study, act »). C'est la première étape diagnostique pour déterminer les faiblesses et engager un travail dans la sécurité des soins. L'évaluation permet ensuite de mesurer l'impact des actions d'amélioration mises en place.

Outre l'approche « gestion de projet », l'évaluation est **un outil de dialogue**, desservant des arguments objectifs. Elle permet aux soignants de mettre des mots sur des difficultés rencontrées en évitant les raccourcis et d'exprimer les sentiments intuitifs mais parfois difficilement exprimables. Pour le manager, elle permet de sensibiliser en rendant actif et participatif ses collègues, de stimuler la discussion, et d'aborder autrement les freins à la sécurité.

b. Une multitude de caractéristiques tangibles

Pour évaluer la culture de sécurité, il convient d'identifier des caractéristiques tangibles et utiles pour identifier les faiblesses et cibler le travail à faire sur chacune d'entre elles afin de développer la culture dans le sens souhaité.

Pour les déterminer, certains auteurs ont étudié les pratiques associées à une plus grande sécurité. James Reason a ainsi mis en avant 5 critères « souhaitables » : la connaissance, la déclaration, la justice, la flexibilité et l'apprentissage. L'AIEA a mis en avant les qualités organisationnelles « nécessaires », la HSE les attributs pour une culture « efficiente », Wano les caractéristiques d'une culture « solide »[234]…

D'autres auteurs déterminent des typologies en fonction du degré de maturité des cultures. Keil Centre (2001) différencie les cultures du niveau 1 de l'émergence jusqu'au niveau 5 de l'amélioration continue. Westrum (2004) présente une typologie définie en fonction de l'orientation donnée à la culture :

- vers le pouvoir : culture pathologique,
- vers la règle : culture bureaucratique,
- vers la performance : culture générative.

Hudson (2001) a ajouté deux autres types de cultures permettant de passer de 3 à 5 niveaux :

- tournée vers le traitement de l'incident : culture réactive,
- et tournée vers l'amélioration : culture proactive.

Cette classification connue sous le nom d'échelle de Hudson évalue la culture décrite en fonction de son attitude dominante, comme le présente le tableau suivant :

[233] Idées relevées dans les commentaires libres de l'enquête
[234] ICSI, 2017.

Tableau XIV : Définition des niveaux de maturité de culture de sécurité définis par Hudson.

Culture	Attitude dominante
A – Pathologique	Peu ou pas d'investissement pour améliorer la sécurité de soins, « La sécurité est une perte de temps »
B – Réactive	La sécurité est pensée et prise au sérieux après qu'un incident ait eu lieu, « nous réagissons lorsqu'un incident se produit »
C – Bureaucratique	La sécurité repose sur un système des règles et procédures strictes, dont la conformité est attendue, « les règles garantissent la sécurité et doivent être respectées »
D – Proactive	La sécurité fait l'objet d'une constante recherche d'amélioration de la sécurité. « Nous sommes toujours en alerte par rapport aux problèmes de sécurité qui pourraient apparaître ».
E – Intégrée	La sécurité des soins fait partie intégrante de chaque acte au quotidien, elle est dans l'esprit de chacun à tous les niveaux. « La sécurité des soins fait partie de tout ce que nous faisons »

Il n'existe pas de consensus sur les dimensions qui caractérisent la culture de sécurité. Elles peuvent être adaptées spécifiquement à une organisation de soins. Par exemple, l'AHRQ a proposé 10 dimensions pour évaluer la culture pour les soins de ville dont la pression et le rythme de travail, la liberté d'expression ou encore la standardisation de procédures. Toutefois, certaines dimensions semblent particulièrement récurrentes. Ainsi, une revue de littérature menée par Sammer (2010) a permis d'identifier 7 concepts récurrents : le leadership, le travail d'équipe, la médecine fondée sur les faits, la communication, l'apprentissage, la culture juste, les pratiques centrées sur le patient.

Les dimensions dépendant de l'approche conceptuelle de la culture. Mais elles dépendent également des questionnaires utilisés pour les évaluer. On retrouve donc autant de typologies de dimensions que de questionnaires. D'autres caractéristiques seront donc présentées lors de la présentation des questionnaires associés.

c. Les méthodes d'évaluation de la culture de sécurité

Évaluation qualitative

Une approche inductive, ou mixte, est pertinente pour explorer les dimensions de la culture de sécurité. Les entretiens individuels ou collectifs permettent d'identifier de nombreuses dimensions, en laissant la place à l'émergence de nouveaux thèmes. L'approche qualitative permet de plus d'analyser avec plus de profondeur et précision les dimensions, et de s'adapter aux différents contextes.

Néanmoins, l'évaluation qualitative est très chronophage et onéreuse, si bien qu'on la retrouve peu dans la littérature. L'évaluation est essentiellement menée par questionnaires.

De nombreux questionnaires existent pour évaluer différentes dimensions de la culture de sécurité. Certains présentent des analyses psychométriques très solides permettant d'attester de leur fiabilité. Trois outils se démarquent en particulier dans la revue de littérature.

Évaluations quantitatives

Le Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) a été développé initialement en aviation puis adapté par l'université du Texas au monde médical. Des adaptations plus précises à certains secteurs de la médecine ont également été faites. Le questionnaire, très utilisé dans le monde[235], est construit autour de 6 thèmes. Il évalue principalement la perception du répondant au niveau équipe et individu. Le répondant est invité à donner son accord sur des affirmations par une échelle de Likert.

Le Hospital Survey on Patient Safety (HSOPS) a été développé spécifiquement pour le monde médical à partir d'une revue de littérature des caractéristiques étudiées dans les autres industries à risque. Il se construit autour de 10 thèmes et comprend 42 questions évaluée par une échelle de Likert. Il permet d'étudier la perception de la culture de sécurité à trois niveaux différents : individu, équipe et structure (modèle de Reinman). Il est reconnu dans le monde entier et est validé par l'Agence médicale Américaine pour la qualité et la recherche. D'autres questionnaires ont été développés à partir de celui-ci. Par exemple, le Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC) s'intéresse spécifiquement à la culture de sécurité pour les soins primaires ou le Medical Student Safety Attitudes and Professionalism Survey (MSSAPS).

Oxtoby, dans sa thèse doctorale, s'est attelé à concevoir un questionnaire adapté à la culture de sécurité en médecine vétérinaire. Elle s'est appuyée sur le HSOPS et la SAQ ainsi que sur les causes d'erreurs identifiées dans une autre partie de son étude. Elle a ainsi conçu un questionnaire, le Nottingham Veterinary Safety Culture survey (NVSCS), possédant de bonnes propriétés métrologiques. Il se base sur 4 dimensions :

- Systèmes de sécurité organisationnel et les comportements : liberté d'expression, culture juste, apprentissage des erreurs par retour d'expérience…
- Perception du management par les individus : attitude des individus envers leur supérieurs, comportement des supérieurs, leadership, …
- Perception du risque : estimation réaliste des facteurs altérant la sécurité, à échelle individuelle (stress, fatigue) mais également systémique (charge de travail, contraintes financières des clients…), …
- Travail d'équipe et communication : soutien dans l'équipe, respects, tensions interprofessionnelles, perte d'information dans la communication…

Il s'agit du seul questionnaire évaluant la culture de sécurité testé dans la littérature vétérinaire.

L'approche quantitative de la culture de sécurité est critiquée car perçue comme insuffisante voire trompeuse[236]. L'approche par questionnaire quantitatif seule se limite à mesurer des caractéristiques prédéfinies et ne laisse que peu de place à l'exploration et à la compréhension des dimensions qui ont donné naissance à des perceptions et des comportements non souhaitables. Néanmoins, elle s'avère utile pour des filières peu familières avec la gestion de la sécurité pour engager le travail sur des points qui ont prouvé être importants dans d'autres secteurs.

Évaluations semi-quantitatives

Le Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) est un outil développé par l'Université de Manchester. Il se décline selon son champ d'utilisation (urgences, soins de villes, …).

[235] Bondevik et al., 2014.
[236] ICSI, 2017.

Contrairement aux deux premiers, il s'agit d'un outil semi-quantitatif. Les répondants ne doivent pas exprimer leur accord ou désaccord mais choisir la proposition leur semblant la plus proche de ce qu'ils ressentent. Ainsi, 9 dimensions[237] sont évaluées et classées en fonction du niveau de sécurité perçue selon l'échelle d'Hudson (2001) : pathologique, réactif, bureaucratique, proactif, génératif. Cette approche est intéressante car elle permet d'identifier la maturité de la culture et d'avoir des éléments de compréhension plus spécifiques que la simple binarité (positif/négatif). Il est généralement suivi d'entretiens et se veut être un outil suscitant l'échange plus qu'un outil de mesure. Il s'intéresse au niveau social (travail d'équipe) et organisationnel mais n'est pas adapté pour évaluer le niveau individuel.

Si ces questionnaires ont le mérite d'être précis, ils sont assez long. La HAS a conçu en 2011 un questionnaire limité à 18 questions destiné aux médecins généralistes intitulé le Q18, qui permet une évaluation plus rapide (10 minutes) et dont les propriétés métrologiques restent satisfaisantes. Ce questionnaire permet d'obtenir le profil de maturité de la culture de sécurité du répondant selon l'échelle de Hudson, reprise par Kirk (2007) pour les soins primaires.

Contrairement au MaPSaF, le Q18 s'intéresse plutôt au niveau individuel. Par exemple, concernant la même dimension relative à la formation continue, le Q18 demande si le répondant a suivi des formations professionnelles dans l'année alors que le MaPSaF demandent comment est perçue la formation dans l'organisation (permise, encouragée…).

[237] L'implication du public par rapport aux sujets de sécurité des soins est disséminée dans les 9 items. Néanmoins, comme l'indique la notice, elle peut être perçue comme une dixième composante de la culture.

B. Conception du questionnaire

L'objectif général poursuivi par ce travail est de dresser un diagnostic de la culture de sécurité afin de mettre en discussion une image globale de ce que pensent et font les vétérinaires et auxiliaires, salariés et patrons, en matière de sécurité. Il ne s'agit pas d'une mesure objective qui a valeur de vérité mais d'un objet intermédiaire, pouvant servir de point de départ pour initier un travail sur la sécurité dans la profession.

Si l'approche qualitative aurait été pertinente pour sa nature exploratoire, elle apparaît comme inadaptée par rapport aux ressources disponibles, d'autant plus que la culture n'est pas le seul thème étudié dans l'ensemble du travail. De plus, si le sujet est méconnu du monde vétérinaire, il a été bien étudié dans d'autres secteurs, donnant de la matière pour réaliser une approche hypothéticodéductive. Il est donc décidé d'étudier la culture par une approche essentiellement quantitative ou semi-quantitative par questionnaire auto-administré.

1. Utilisation des questionnaires préexistants

Les nombreuses dimensions décrites dans la littérature et l'absence de consensus rendent difficile la sélection des dimensions pertinentes à évaluer pour notre sujet, sans compter qu'elles n'ont pas été conçues spécifiquement pour la médecine vétérinaire, à l'exception du NVSCS.

a. Objectif du questionnaire NVSCS inadapté à l'étude

Si le NVSCS se présente comme le premier, et seul, questionnaire existant en médecine vétérinaire, avec de bonnes propriétés métrologiques, sa conception ne semble pas adaptée à la logique exploratoire poursuivie dans notre étude. En effet, les 4 dimensions sont des thèmes assez vastes, regroupant des dimensions d'ordinaire séparées, dont il est difficile d'identifier le modèle conceptuel suivi. Cet outil quantitatif est utile en pratique pour sensibiliser les équipes et pointer du doigts des comportements et attitudes à améliorer pour promouvoir la sécurité des soins, mais il ne permet pas d'apporter une compréhension de la culture de sécurité dans la profession vétérinaire française.

b. Questionnaires de médecine humaine inadaptés aux spécificités vétérinaires

Les spécificités de la médecine vétérinaire par rapport à la médecine humaine ne permettent pas non plus d'utiliser directement un outil de médecine humaine. L'utilisation trans-disciplinaire de questionnaires en médecine humaine est déjà critiquée[238] alors il n'est pas envisageable de le faire en médecine vétérinaire. En effet, au-delà du fait que l'espèce traitée diffère, l'organisation du travail varie également : des visites à domicile aux consultations en hôpital impliquant des équipes de tailles variables, de plateaux techniques limités à des équipements très complets, aux pratiques, disciplines et spécialisations variées allant de la médecine générale à la chirurgie orthopédique en passant par la physiothérapie…

[238] Voir par exemple l'ouvrage Audit de sécurité des soins en médecine de ville d'AMALBERTI et BRAMI qui identifient les spécificités liées à la médecine de ville.

c. Approche poursuivie

Il semble donc nécessaire de mélanger les typologies de dimensions existantes en médecine humaine, notamment celles des soins primaires et celles des soins hospitaliers, plutôt que de n'en prendre qu'une, inadaptée à la diversité de la pratique vétérinaire.

Il s'agit d'ailleurs de l'approche effectuée par Oxtoby qui a construit son questionnaire à partir de plusieurs questionnaires de médecine humaine en les adaptant à la médecine vétérinaire. La même approche est faite ici, mais avec des objectifs différents. Oxtoby visait à élaborer un questionnaire réutilisable et utile en pratique pour sensibiliser et mesurer la culture dans les cliniques vétérinaires. L'enjeu ici est autre : explorer et comprendre plus qu'établir un modèle.

2. Des contraintes à considérer dans la conception du questionnaire

La construction du questionnaire emprunte différentes dimensions, approches et méthodes des questionnaires précédemment présentés en fonction des contraintes et objectifs de l'étude.

a. Un questionnaire court

Étant réalisé en plus des autres parties (erreurs récentes, erreurs marquantes), le questionnaire doit être relativement courte. Une construction ou adaptation aussi détaillée que le SAQ, HSOPS ou le MaPSaF semblait donc inadaptée. Un travail de sélection des dimensions étudiées ainsi que de concision des questions a été réalisé afin qu'il soit composé de moins de 30 questions, demandant moins de 15 minutes.

Cette contrainte est une faiblesse dans la portée du questionnaire, la limite du nombre de question par dimension étudiée ne permettant pas de vérifier la fiabilité de la question par validation quantitative (test alpha de Cronbach).

b. Un questionnaire selon les niveaux d'influence

Le questionnaire a été construit selon l'approche définie par Reinman (2010) en fonction des niveaux psychologique, social et organisationnel, comme le fait le HSOPS. Cette approche a le mérite d'être intuitive et relativement simple pour structurer les dimensions à évaluer. Elle s'inscrit dans la logique d'exploration qui sous-tend ce travail, et permet de relever différents freins et pistes d'amélioration complémentaires, lesquelles nécessitent des politiques différentes en fonction du niveau visé. Cette approche décompose la question de recherche en trois sous questions :

- Quelles sont les valeurs, comportements et freins des soignants vis-à-vis de la sécurité des soins ?
- Comment les équipes impactent-elles et appréhendent-elles la sécurité des soins ?
- Comment l'organisation intègre-t-elle dans la sécurité des soins ?

c. Un questionnaire mixte

Considérant les forces et faibles des différentes approches existantes, il est décidé d'arborer une approche mixte pour répondre à ces questions.

Au niveau individuel, le quantitatif permettent d'évaluer la prévalence des valeurs et des comportements, et qualitatif d'en explorer les raisons, en identifiant notamment les influences descendantes.

Pour le niveau collectif, les résultats donnés étant ceux d'un seul soignant dans l'équipe, ils ne peuvent être croisés avec ceux des collègues. La culture d'équipe décrite est donc celle perçue par le soignant et non celle régnant réellement dans l'équipe : comment perçoit-il les la culture de son équipe ? Il est décidé de réaliser une approche quantitative pour mettre en perspective les différentes perceptions en fonction du métier et du statut du soignant.

Pour le niveau organisationnel, l'approche semi-quantitative en fonction du niveau de maturité de la culture de sécurité selon l'échelle d'Hudson (2001) utilisée par le MaPSaF et le Q18 semble pertinente. D'une part, elle s'inscrit dans la logique exploratrice de l'étude pour explorer les forces et les faiblesses dans la profession vétérinaires et saisir les différences de perception. D'autre part, la limite du nombre de question ne permet pas d'avoir suffisamment de questions pour prétendre mener une étude quantitative statistiquement représentative.

Ainsi, le questionnaire présente un nombre limité de questions mixtes, en fonction des niveaux d'influence et de maturité de la culture.

3. Sélection des dimensions

Une synthèse des questionnaires précités a été réalisée pour obtenir une vision d'ensemble des dimensions pouvant être évaluées. Plusieurs remarques peuvent être faites :

- Bien que les dimensions revêtent des noms différents, les aspects qu'elles étudient se recoupent souvent. Par exemple, les dimensions « ressources humaines » et « soutien du management » du HSOPS se retrouvent respectivement dans les dimensions « conditions de travail » et « perception de l'encadrement » du SAQ.
- Certaines dimensions comme le stress ou la satisfaction au travail ne sont évaluées que par le SAQ. Lorsqu'on explore la question, on se rend compte notamment qu'elles ne font pas consensus quant à leur appartenance comme caractéristique de la culture de sécurité[239].
- Certaines formulations et questions sont peu adaptées à la médecine vétérinaire, notamment lorsqu'il est fait référence à des unités d'hôpital, ou encore aux systèmes de déclaration des événements indésirables, obligations légales en médecine humaine mais inexistante en médecine vétérinaire.
- Le Q18 est trop spécifiques aux médecins généralistes pour être transposé facilement.

Ainsi, il a été déterminé 9 dimensions principales à étudier. Le MaPSaF s'est révélé très focalisé sur le niveau organisationnel, alors que le HSOPS et le SAQ ont permis de construire les niveaux d'équipe et individuels.

[239] Taylor et al., 2013.

Tableau XV : Dimensions de la sécurité étudiées par niveaux

Dimensions	Niveaux
Priorité accordée à la sécurité	Individuel ; Organisation
Perception des erreurs	Individuel ; Organisation
Intérêt de la formation continue	Individuel ; Organisation
Communication auprès du public	Individuel ; Organisation
Impact du travail d'équipe	Équipe
Liberté d'expression	Équipe
Culture juste	Équipe ; Organisation
Gestion des événements indésirables	Équipe ; Organisation
Perception générale de la sécurité	Organisation

La construction des questions a été réalisée à partir des questions des différents questionnaires regroupées par dimension. Celles semblant le plus adaptées à la profession vétérinaire, et représentatives de la dimension ont été sélectionnées. Certaines ont été regroupées (exemples : questions D1 à D3 du HSOPS regroupées en une seule question). Certaines dimensions ne pouvaient vraiment pas être résumées en une seule question et font donc l'objet de plusieurs questions. Une question ouverte a été introduite afin d'approfondir la dimension « priorité de la sécurité » et déterminer les objectifs pouvant passer devant la sécurité des soins. La construction des questions en fonction des dimensions est résumée dans le tableau en annexe 10. Le détail des questions est présenté dans l'annexe 11.

Ainsi, l'approche poursuivie dans cette étude tient compte de la complexité de la culture de sécurité, en l'étudiant à travers ses niveaux, dimensions et orientations (voir figure 52).

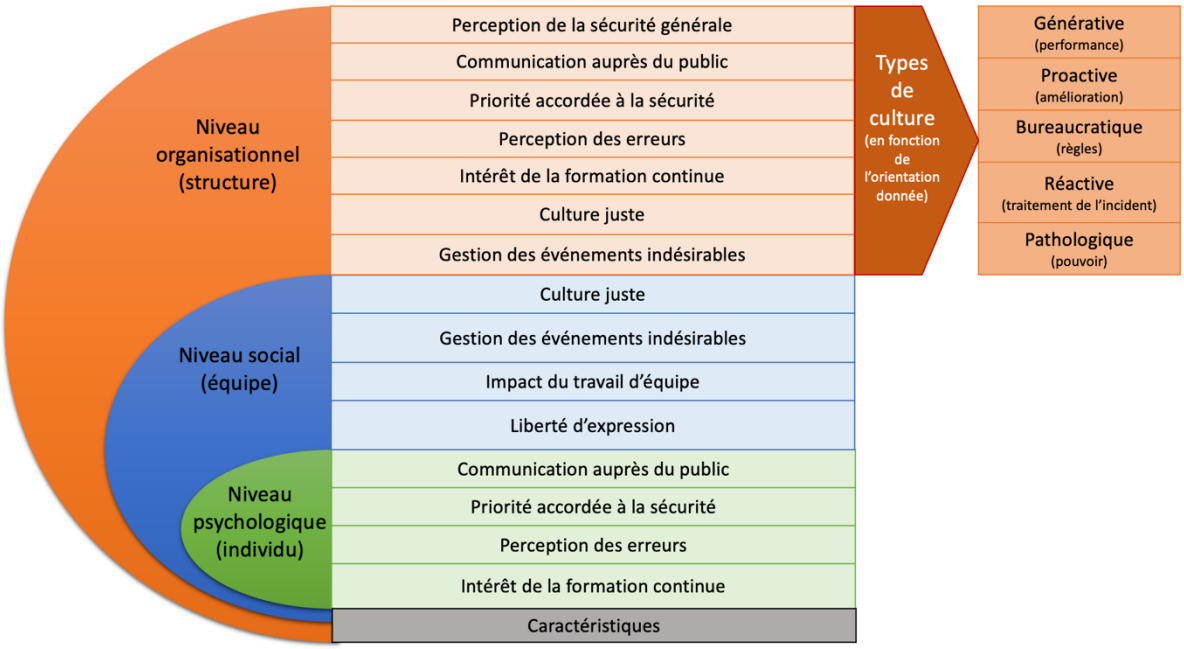


Figure 52 : Cadre conceptuel de la culture de sécurité étudiée dans cette étude.

II. Culture individuelle de sécurité

L'étude à l'échelle individuelle s'intéresse aux croyances, valeurs et comportements de l'individu qui influencent la sécurité des soins. Quatre dimensions sont étudiées : la priorité accordée à la sécurité (A), la perception des erreurs (B), l'annonce des erreurs (C) et l'intérêt de la formation continue (D).

A. La priorité accordée à la sécurité par les soignants

La priorité dépend des valeurs de l'individu (1) mais se caractérise également par des comportements : les violations (2). L'enjeu est de comprendre les conditions du système ou les croyances qui poussent à enfreindre la sécurité (3).

1. Une priorité absolue

Les vétérinaires et auxiliaires placent la sécurité en priorité. Quatre-vingt-quatre pour cent estiment que c'est absolument une priorité, et 16% estiment qu'elle est plutôt une priorité. Seules 2 réponses neutres ont été enregistrées. Aucune réponse négative n'a été récoltée.

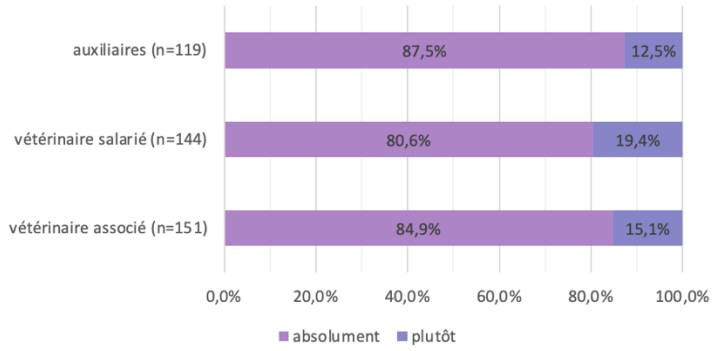


Figure 53 : Priorité accordée à la sécurité par les soignants en fonction de leur métier et statut.

2. Sacrifice

Malgré la sécurité au cœur des valeurs, les soignants vétérinaires peuvent être amenés à l'enfreindre. D'après les répondants, un peu moins de la moitié ne l'enfreint jamais. Près d'un tiers l'enfreint parfois, et 8% l'enfreignent souvent. Une seule réponse témoigne l'enfreindre tout le temps.

La sécurité des soins est plus souvent enfreinte quand l'importance accordée de base est plus faible (13%). Seulement 18% ne l'enfreint jamais, soit 2,8 fois moins que lorsque l'importance accordée de base est haute. Quatre-vingt pour cent ne l'enfreint jamais ou rarement lorsque la priorité est élevée, contre seulement la moitié lorsque la priorité est plus faible. Le nombre de réponses neutres est également important avec plus d'un tiers de l'échantillon.

Les réponses neutres sont connues pour être peu significatives. Elles peuvent indiquer une incompréhension de la question, une incapacité à répondre, une non volonté de se prononcer ou simplement une réponse intermédiaire.

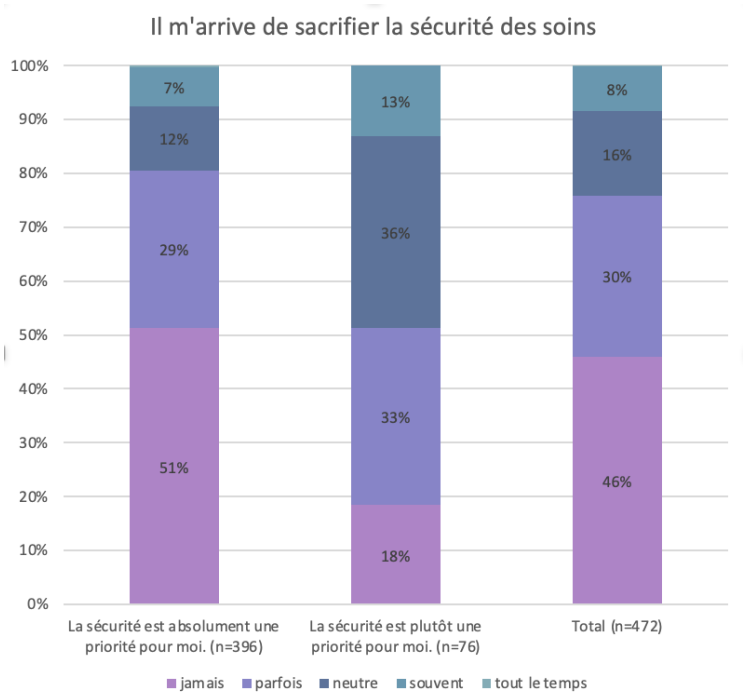


Figure 54 : Violations de la sécurité en fonction de la priorité accordé par les soignants.

Le niveau de priorité accordée à la sécurité varie peu en fonction du métier et statut (7%). En revanche, les infractions varient davantage (17%). Les vétérinaires associés sont ceux qui déclarent le plus ne pas ou peu sacrifier la sécurité des soins (85%) par rapport aux vétérinaires salariés (68%) et auxiliaires (73%). On remarque également que les associés sont ceux qui répondent avec le plus de certitude, avec une proportion de réponses neutres bien inférieures que les salariés.

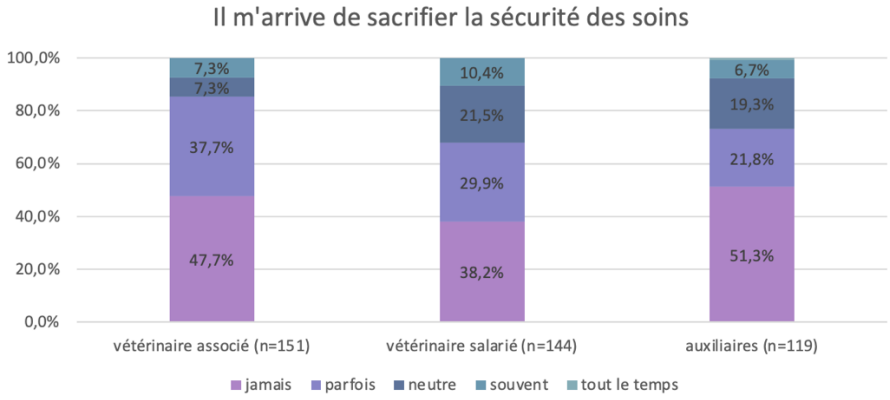


Figure 55 : Violations de la sécurité en fonction du métier et statut des soignants[240].

3. Motifs de violations

Afin de comprendre ce qui peut pousser les vétérinaires et auxiliaires à sacrifier la sécurité des soins malgré la haute importance qui lui est accordée, il était demandé aux répondants ayant répondu autre chose que « jamais », quels objectifs ils pouvaient faire primer.

[240] Des vétérinaires ayant un autre statut que salarié ou associé ont répondu, ce qui explique la différence entre la taille de l'échantillon total et l'échantillon présenté sur ce graphique.

Une ACT par codage enraciné est réalisée sur les 190 réponses obtenues.

a. Étiquetage et consolidation des thèmes

La lecture et l'analyse du *corpus* a permis d'identifier 8 thèmes principaux.

Ils représentent des violations ou de l'indiscipline. Contrairement aux erreurs, ces écarts sont volontaires :

- Lorsque l'objectif poursuivi est personnel, par exemple lors de la recherche de rentabilité au dépend de la sécurité du patient, il s'agit d'une indiscipline.
- Lorsque l'objectif poursuivi est opérationnel, par exemple lorsque le vétérinaire doit écourter une consultation pour s'occuper d'une urgence, il s'agit d'une violation.

La définition de l'écart dépend de l'opérateur que l'on considère. Par exemple, un patron en recherche de rentabilité refusant de changer du matériel défectueux pour une recherche de rentabilité impose aux salariés de travailler avec ledit matériel. Il s'agit donc d'une indiscipline du patron mais d'une violation des salariés. La nature de l'écart doit donc s'apprécier en regard de la situation décrite.

Tableau XVI : Construction par codage enraciné des thèmes liés aux motifs de violations.

Étiquettes	Thèmes
Limites financières du client ; client non investi ; refus de soins ; exigences du client ; satisfaction du client	Satisfaction du client
Sécurité du personnel	Sécurité du personnel
QVT personnelle ; QVT équipe ; besoin de repos ; bien-être ; fatigue accumulée ; équilibre vie personnelle – vie professionnelle	Qualité de vie
Formation personnelle ; facilitée	Objectif personnel
Sous-effectif ; trop d'activité ; charge de travail ; plusieurs tâches en même temps ; respect du planning ; gain de temps ; sacrifice de certaines tâches	Contraintes et ressources
Urgences ; priorisation	Priorisation des urgences
Coût ; exigences du patron ; limites matérielles	Rentabilité
Gestion administrative ; commandes ; tâches non différables	Autres tâches

b. Contraintes et ressources

L'agilité est la capacité d'adaptation aux contraintes et ressources pour maintenir un niveau de service souhaité, ici la sécurité (voir annexe 12). Lorsque les ressources diminuent et/ou que les contraintes augmentent, si la structure n'est pas agile, alors le soignant peut sacrifier la sécurité.

Ainsi, les vétérinaires peuvent sacrifier la sécurité lorsque la charge de travail est trop importante : « Enchaîner les consultations quand il y a beaucoup de travail, certaines actions passent à la trappe » ; « Tenir le planning. » ; « Arriver à s'occuper de tout le monde sans prendre 2 heures de retard », « Quand on est happé par le téléphone.... », « Le temps passé car manque de personnel »…

Ces sacrifices se font aux dépends de certaines activités (violations) :

- Les soins aux animaux hospitalisés : « Lorsqu'il y a beaucoup de rendez-vous, prise de sang... Nous aimerions avoir plus de temps pour les animaux hospitalisés »,
- Approfondir les cas complexes : « Par manque de temps, on ne creuse parfois pas assez les cas compliqués »
- L'anesthésie : « Par ex: Ne pas surveiller une anesthésie car planning très chargé ! » ; « Me dépêcher d'anesthésier et de préparer la chirurgie suivante alors que l'animal précédent aurait eu besoin d'une surveillance un peu plus longue. »,

Ils augmentent également le nombre d'erreurs : « quand il y a trop de boulot (des urgences ajoutées au planning), on va parfois un peu vite sur les protocoles sans pour autant mal les faire mais la fatigue générée peut engendrer des erreurs. erreur de diagnostic, erreur de jugement.. » ; « Faire en sorte que tous les animaux aient leurs soins et parfois dans la rapidité quelques erreurs peuvent être commises » ; « risque possible si se cumule manque de temps et manque de personnel ».

c. Rentabilité

La recherche de rentabilité des patrons peut imposer aux équipes de sacrifier la sécurité des soins. Ce thème est souvent lié au précédent. Néanmoins, il diffère par une recherche de rentabilité assumée alors que le défaut d'agilité semble davantage subi.

Certains répondants témoignent de leur propre recherche de rentabilité : « pas de perte de temps, produits à écouler même si pas les plus adaptés à la situation », « rapport cout investissement », « Coût du matériel », « Rentabilité ».

D'autres témoignent des conditions imposées par leurs supérieurs : « Rapidité et rentabilité demandes de manière récurrente par mon employeur », « Parfois, nous n'avons pas le temps de s'occuper de nos patients, la structure dans laquelle je suis nous pousse à toujours faire plus et a être rentable », « Nombre de consultation dans la journée a respecter ».

d. Satisfaction du client

Des contraintes liées au client peuvent amener les soignants vétérinaires à sacrifier la sécurité des soins.

Le soignant peut chercher à répondre à leurs attentes et/ou exigences : « […] leur incompréhension, leur refus de soins appropriés », « La relation avec le propriétaire (si Kiki a besoin de son examen complémentaire / traitement exhaustif mais que le propriétaire rechigne, je "bataille" sans doute moins qu'il le faudrait) », « Si la sécurité passe par une tranquilisation, il arrive selon le cas de tenter vigile avant la tranquilisation. Raisons : pathologiques donc risque plus élevé lors de tranquilisation, propriétaire (refus tranquilisation, financier...) », « Répondre aux attentes des clients », « Confort du propriétaire » « Satisfaction propriétaire ».

Il doit également composer avec les limites financières du client : « Moyen financiers du propriétaire (ex : animal présentant un souffle cardiaque avant une anesthésie qui refuse l'échocardiographie pour raison financière) », « Limites financières du propriétaire limitant les

soins (parfois jusqu'au néant). », « Economies pour le propriétaire (p.ex. narcose par injection sans intubation en cas de budget limité) », « porte-feuille du client ».

e. Priorisation des urgences

Les urgences sont priorisées au détriment de la sécurité des soins d'autres patients : « Prise en charge de plus de patiens en situation d'urgence ce qui a tendance à surcharger les équipes et à occasionner un manque de vigilance sur chaque patient […] », « Quand on est débordé en urgences, il faut vider la salle d'attente avant de prendre en charge parfaitement les animaux hospitalisés. », « Attente pour les soins si une urgence arrive », « Prise en charge de cas urgents qui peuvent réduire le temps d'analyse et d'examens complémentaire de chaque cas. », « La sécurité de l'un passant devant la sécurité de l'autre ».

f. Autres tâches

D'autres tâches peuvent également amener à sacrifier la sécurité des soins :

- Les tâches non différables : « les tâches qu'on ne peut pas différer (commande..), »,
- Les tâches administratives « se dégager du temps de travail (administratif, rédaction de compte rendu...) », « administratif »,
- L'administration clinique comme l'accueil des clients ou la réponse au téléphone : « Nous n'avons pas le droit de laisser patienter les clients à l'accueil donc il faut qu'on arrête ce que l'on fait sur le champs pour aller les voir », « L'acceuil comptoir et téléphone », « Seule nous devons répondre au téléphone accueillir les clients gérer le reste... »,
- La recherche du confort de l'animal : « Confort de l'animal », « Le confort des patients hospitalisés ».

g. Qualité de vie

La qualité de vie du soignant, et de son équipe, est également un objectif qui peut s'opposer à celui de la sécurité des soins. Bien qu'il révèle un problème plus profond d'organisation du travail (manque d'agilité de la structure, planning inadapté, manque de ressources humaines, …), les répondants l'identifient comme un objectif à part entière entravant la sécurité des soins.

La qualité de vie recherchée peut être :

- l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle : « Le respect de ma vie personnelle et des horaires (les heures supplémentaires sont inévitables dans notre secteur, mais il y a des limites) », « la famille, mon temps », « « Vie privée, la nuit ».
- le respect de besoins primaires, allant du sommeil au repas : « Mon sommeil », « Temps de repos », « quand trop de fatigue accumulée », « « […] Ou le matin enchaîner plus vite les chirurgies pour avoir le temps de tout faire sur le temps de travail et avoir une pause midi... »,
- la protection de sa santé mentale : « Ma survie », « Gérer mon propre épuisement ».

La qualité de vie des collègues peut également être poursuivie : « Le confort de travail d'autres collègues (enchaîner les chirurgies) ».

h. Sécurité du personnel

La sécurité du personnel s'oppose parfois à la sécurité du patient : « sécurité du personnel soignant et des clients », « La sécurité du vétérinaire », « ma sécurité et celle de mon employée », notamment lors d'animaux agressifs : « sédation nécessaire pour animaux agressifs », « La sécurité des mes collègues et la mienne (animal dangereux par exemple) ».

i. Objectifs personnels

Enfin, les soignants peuvent parfois mettre des objectifs personnels devant la sécurité des soins :

- Pour se faciliter le travail : « Facilité du travail », « la facilité »,
- Pour apprendre : « parfois je veux faire moi-même avant de référer, même si je ne suis pas qualifiée. Je sais que c'est peut-être une perte de chance pour le patient mais c'est un moyen de me former. », « Se libérer du temps pour réviser pour l'examen de spécialisation ».

j. Proportion des motifs

Le principal objectif altérant la sécurité des soins est l'adaptation aux contraintes et ressources. Les vétérinaires associés semblent en pâtir le moins, et les vétérinaires salariés en pâtir le plus, sans que les différences ne soient très marquées.

Le second objectif est la satisfaction du client. Cette raison concerne les vétérinaires (17%). Elle n'est en revanche jamais mentionnée par les auxiliaires. Ceci s'explique car ce sont les vétérinaires qui décident la prise en charge et doivent s'accommoder aux exigences et portefeuilles des clients. Dans cette même logique, la recherche de sécurité du personnel aux dépend de la sécurité du patient également davantage vécue par les vétérinaires.

Le troisième objectif altérant le plus la sécurité des soins est la priorisation des urgences. Cette raison touche davantage les auxiliaires (16%) que les vétérinaires (10%). Ceci s'expliquerait par leur rôle plus important au triage ainsi qu'à la réalisation des soins des hospitalisés. On retrouve d'ailleurs cette différence pour l'accomplissement d'autres tâches (8% contre 4%).

La qualité de vie est le quatrième objectif priorisé face à la sécurité des soins. Il est un peu plus poursuivi par les associés (15% contre 9%).

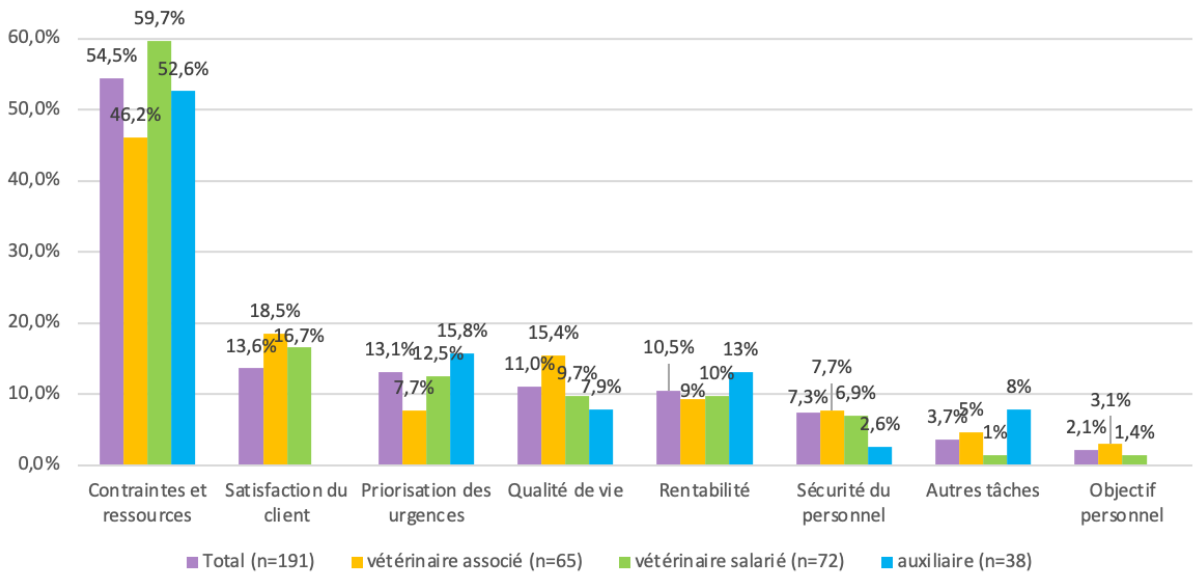


Figure 56 : Distribution des motifs de violations de la sécurité en fonction du métier et statut des soignants.

Les autres objectifs poursuivis justifiant l'atteinte à la sécurité des soins diffèrent en fonction de l'importance accordée à la sécurité des soins. Lorsque la sécurité des soins est une priorité absolue, le principal objectif amenant à porter atteinte à la sécurité est l'adaptation aux ressources et contraintes, puis la priorisation des urgences. Lorsque l'importance accordée est plus faible, l'agilité décroit (-13%) alors que la satisfaction du client, la qualité de vie et la rentabilité sont davantage priorisés.

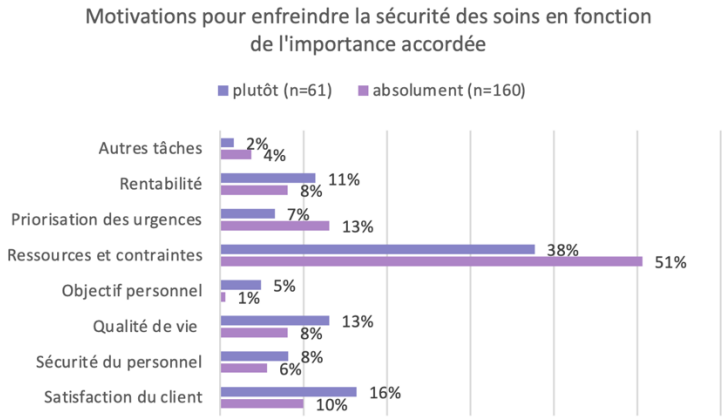


Figure 57 : Distribution des motifs de violations de la sécurité en fonction de la priorité accordée à la sécurité.

On constate les mêmes corrélations entre objectifs et fréquence d'atteinte. Le sacrifice de la sécurité des soins est plus fréquent lors de la poursuite de la satisfaction du client, de qualité de vie et de rentabilité, et l'est moins pour la priorisation des urgences et l'adaptation aux ressources et contraintes.

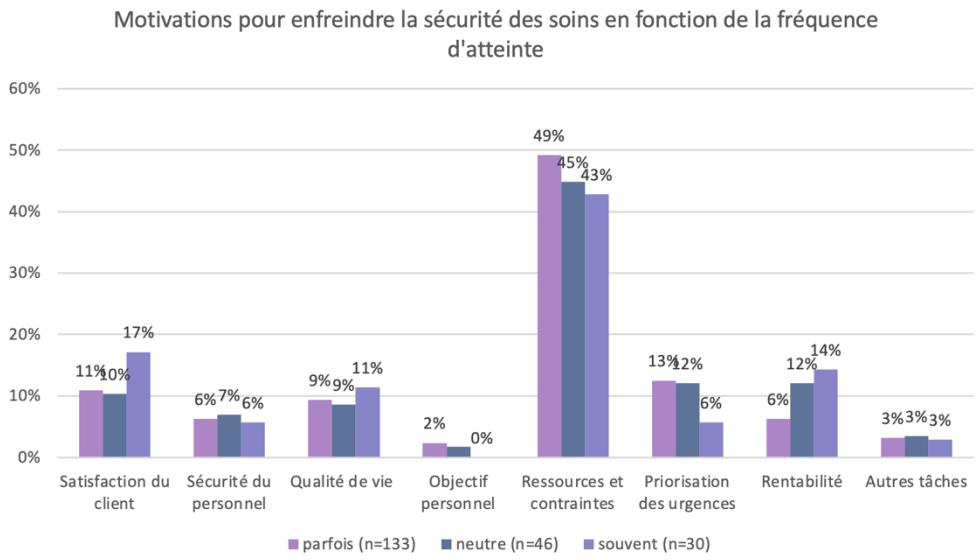


Figure 58 : Distribution des motifs de violations de la sécurité en fonction de la fréquence d'atteinte à la sécurité.

La sécurité est donc une priorité au cœur des valeurs des vétérinaires et auxiliaires. Néanmoins, des violations ont lieu lorsque d'autres objectifs sont priorisés. L'adaptation aux ressources et contraintes est le motif de violation témoigné par près de la moitié des répondants, et dénote un manque d'agilité dans l'organisation. D'autres motifs comme la recherche de rentabilité ou de la satisfaction du client sont des valeurs individuelles qui limitent la sécurité des soins.

B. La perception des erreurs

La perception des erreurs fait référence à la compréhension que les soignants ont des erreurs, des mécanismes en causes, et de leur importance dans la sécurité des soins. Plusieurs façons de l'évaluer sont possibles. Certains, comme le Q18 ou Chanelière (2017)[241], questionnent l'accord du répondant avec des affirmations données. Comme les définitions ont déjà été données en introduction, il semblait trompeur d'utiliser cette approche. Il a été décidé d'évaluer les erreurs perçues comme importantes à travers l'étude du comportement relatif aux erreurs en demandant lesquelles en fonction de leurs fréquences et gravités sont travaillées, en s'inspirant de questions du HSOPS.

Si plus de 80% travaillent les erreurs fréquentes et potentiellement graves, les erreurs peu graves ou à faible potentiel de gravité sont moins travaillées. Un quart ne travaillent pas les erreurs occasionnelles, 43% les erreurs rares et un tiers les % erreurs pas graves.

Le travail sur les erreurs ne semble pas impacté par le métier. En revanche, les vétérinaires salariés déclarent toujours moins travailler les erreurs, indépendamment de leur fréquence ou gravité, que les associés.

[241] Chanelière, 2017.

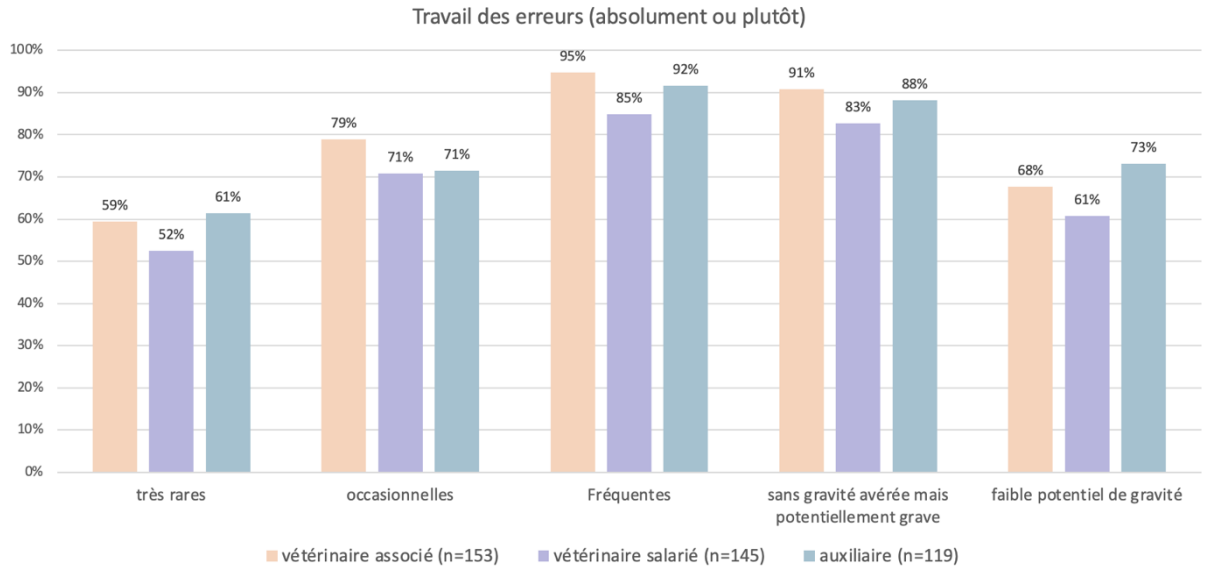


Figure 59 : Pourcentages de soignants estimant absolument ou plutôt travailler leurs erreurs en fonction du métier et statut.

C. Annonce au client

Dévoiler une erreur au client est une dimension qui se retrouve dans les questionnaires MaPSaF, HSOPS et SAQ. Outre les enjeux éthiques[242], révéler à un client une erreur témoigne de l'engagement dans l'amélioration continue en passant de la culture du secret à la culture de la transparence, et de la culture de l'infaillibilité à la culture de l'humilité[243]. Les structures qui cachent le plus les erreurs adoptent souvent une pratique de médecine défensive. Les efforts sont investis dans les façons de cacher au mieux l'erreur et se défendre face aux doutes des clients[244]. Au contraire, dévoiler les erreurs est une démarche centrée sur le patient (gouvernance clinique) dont un des corollaires est la sécurisation des soins. Pour autant, la culture de transparence est souvent difficile à mettre en place par le soignant. En médecine humaine, de nombreuses publications ont investigué les freins comme la peur des plaintes, de la perte de confiance ou l'inconfort des émotions suscitées. L'erreur est d'autant plus cachée si elle n'a pas eu de conséquences[245]. Qu'en est-il dans la profession vétérinaire française ?

Afin de répondre à cette question, plutôt que de demander de façon générale si les erreurs sont plutôt révélées ou plutôt cachées, il est décidé de s'intéresser au comportement adopté lors de l'erreur marquante témoignée. Afin d'identifier les freins au dévoilement des erreurs, il est demandé par une question à texte libre pourquoi, le cas échéant, le soignant a dissimulé l'erreur.

1. L'erreur essentiellement dissimulée

Parmi les erreurs marquantes (n=443), moins de la moitié de l'échantillon a révélé l'erreur au client (43%).

[242] Bonvicini et al., 2009.
[243] Truog et al., 2011.
[244] Wu et al., 1997.
[245] Chamberlain et al., 2012.

a. Influence de la gravité

L'erreur est majoritairement cachée lorsque l'erreur n'entraîne pas de gravité, ou des conséquences mineures (64%) par près des deux tiers des soignants. L'erreur est la moins cachée lorsqu'elle nécessite une prise en charge supplémentaire ou prolongée, avec seulement la moitié des participants qui la cachent. Lorsqu'elle entraîne la mort, l'erreur n'est révélée que dans 44% des cas. La gravité n'influence donc pas de manière linéaire le fait de cacher ou révéler l'erreur.

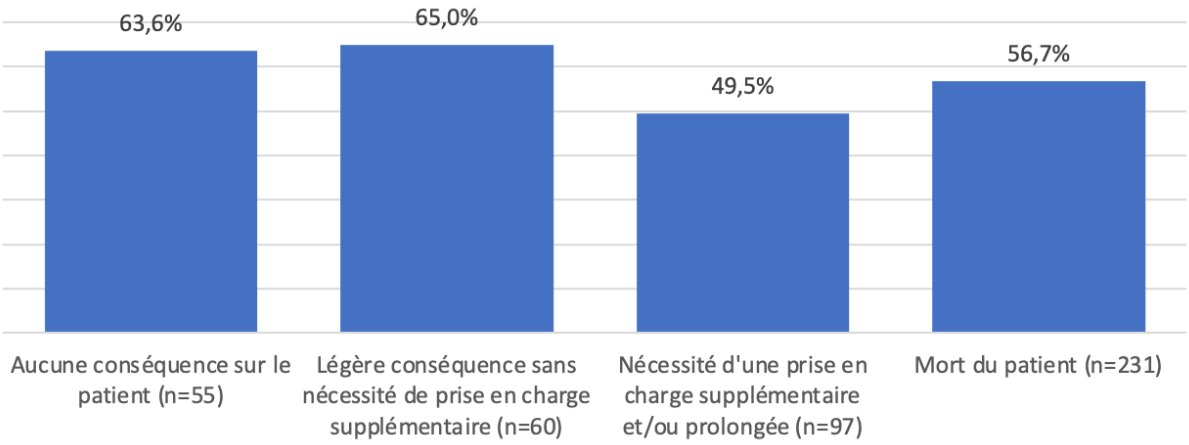


Figure 60 : Pourcentages de soignants ayant caché l'erreur au client en fonction de la gravité avérée de cette erreur.

b. Influence du sexe et de l'expérience

Le sexe et l'expérience ne semblent pas influencer le dévoilement des erreurs.

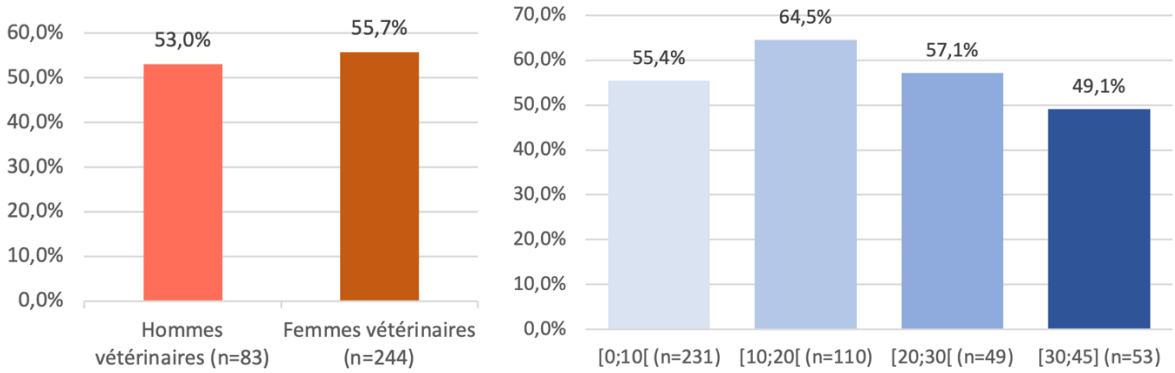


Figure 61 : Pourcentages de soignants ayant caché l'erreur au client en fonction du sexe (à gauche) et de l'expérience (à droite).

c. Influence du métier

Le métier semble influencer légèrement le dévoilement des erreurs : les auxiliaires cachent davantage les erreurs que les vétérinaires.

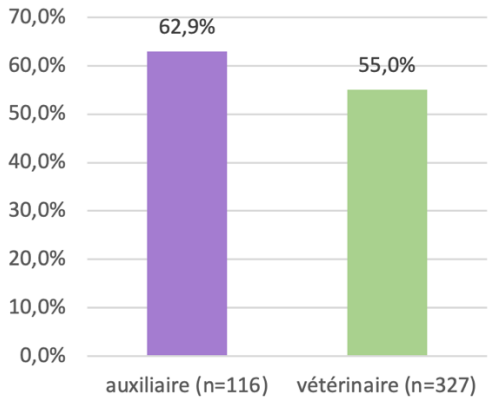


Figure 62 : Pourcentages de soignants ayant caché l'erreur au client en fonction du métier.

2. Les raisons de la dissimulation

Une meilleure compréhension des attitudes des vétérinaires et auxiliaires en matière de divulgation des erreurs aux clients permet d'identifier les obstacles à la communication ouverte, pour mieux les surmonter

a. Méthode

Sur les 253 répondants ayant caché l'erreur, 235 ont justifié pourquoi (93%). Une ACT a été réalisée sur les 235 réponses par codage enraciné.

Il est démontré que les erreurs varient selon le contexte, la culture et les expériences individuelles[246]. Bien que des études dans d'autres pays sur le dévoilement de l'erreur en médecine vétérinaire existent, elles ne s'intéressent pas aux auxiliaires et la culture diffère. De même, si des études françaises en médecine humaine existent, le contexte d'exercice et la culture individuelle est différence entre médecines humaine et vétérinaire. L'approche inductive est la meilleure manière de révéler les causes, en sortant des idées préconçues, pour saisir au mieux l'expérience des soignants vétérinaires français.

Il a donc été demandé aux répondants n'ayant pas dévoilé l'erreur au propriétaire quelles étaient leur motivation.

b. Analyse de contenu thématique

La lecture et l'imprégnation du *corpus* a permis un premier étiquetage des verbatims. La regroupement des étiquettes a permis de dégager onze thèmes.

Tableau XVII : Construction par codage enraciné des thèmes liés aux raisons de la dissimulation de l'erreur au client.

Étiquette	Thème
Conséquences ; justice ; réputation ; réaction du client ; confiance	Peur des conséquences
Honte	Honte

[246] Kaldjian et al., 2007.

Annonce par un collègue ; conseil d'un collègue ; avocat	Influence d'autrui
Difficile à expliquer ; ne sait pas comment faire ; client compliqué ; se faire comprendre ; compliqué	Difficultés de communication
Autre explication	Autre explication plausible
Ne savait pas qu'avait commis une erreur ; doute sur l'erreur ; incertitude	Erreur inconnue ou incertaine
Vide	Décision non motivée
Pas en contact avec les propriétaires	Propriétaires injoignables
Pas utile ; ajout stress pour rien au client	Pas d'effets positifs perçus
Pronostic déjà engagé sans l'erreur ; risques liés aux soins	Gravité déjà engagée
Pas de conséquence ; erreur rattrapée ; conditions permettant de surveiller l'animal et donc de cacher	Absence de gravité effective
Autre	Autre

Seules trois répondants ne se rappellent plus les raisons : « honnêtement je ne sais plus, j'étais étudiant... », « Je ne sais pas ». Les autres sont expliqués par thèmes.

Peur des conséquences

Le soignant peut craindre les conséquences de la révélation de son erreur au client. La peur peut porter sur différents objets :

- Perdre la confiance du client : « Pour la confiance du client », « Perte définitive du client ! » « perdre une bonne cliente qui me donnait son entiere confiance, […] »
- Poursuites judiciaires ou disciplinaires : « C'était reconnaître notre entière responsabilité dans le décès de la chatte. », « Risque de procès », « peur d'une plainte pour faute », « J'ai eu peur des conséquences pour moi si j'avouais ma faute. », « J'aurais eu un procès ! », « propriétaire difficile et connu comme procédurier », « plainte gendarmerie et à l'Ordre 10 minutes après l'annonce du décès », « J'étais salariée et la propriétaire semblait proceduriaire »
- Atteinte à la réputation : « Pour l'image de la clinqiue », « […] peur d'une mauvaise reputation sur les reseaux », « ai voulu éviter le scandal », « Pour ne pas nous décrédibiliser », « Image du veterinaire auprès de la clientele »,
- Réaction négative du client : « peur des représailles », « crainte de la réaction du propriétaire », « peur de la colere de la cliente », « peur de la réaction ».

Honte

La honte est un motif récurrent, qui se suffit à lui-même ou est en plus d'autres motifs : « Beaucoup trop honte », « pas eu le courage, trop honte », « La honte », « J'avais honte », « c'est la honte quand même », « Trop honte ».

Influence d'autrui

La décision revient souvent au vétérinaire pour les auxiliaires, et au patron pour les salariés :

- Car ils estiment que l'annonce n'est pas de leur ressort mais de celle du vétérinaire : « Je ne suis que asv », « je suis asv ce n'était pas de mon ressort mais cela n'a pas été fait »,
- Car leur patron et/ou le vétérinaire leur a imposé de cacher l'erreur : « J'ai suivi les ordres de ma patronne. », « Refus de mon employeur d'en parler au client », « Le vétérinaire me l'a interdit », « Le vétérinaire a préféré plaider la cause de décès par septicémie. »
- Car les erreurs ne sont jamais déclarées dans la structure : « Le vétérinaire avec lequel je travaillais n'aurai jamais admis à un propriétaire qu'on puisse faire une erreur », « Les vétérinaires où je travaille ne déclare jamais les erreurs ».

Parfois, la décision est simplement influencée et non imposée : « […] sur les conseils de la véto ». Un seul répondant témoigne de l'influence de son avocat : « demande de mon avocat ».

Dans de rares cas, l'erreur peut ne pas avoir été cachée mais annoncée par autrui : « Les associés l'ont fait pour moi », « Le vétérinaire l'a fait ».

Le répondant peut ne pas être présent au moment du fait de l'organisation du travail. Par exemple, un vétérinaire qui a commis une erreur lors d'une garde n'était pas là le lendemain pour l'annonce, donc « Le titulaire a pris le relais ». Un autre exemple est : « Parce que ce n'est pas moi qui ait pris la suite du cas mais ma collègue. Celle-ci n'a pas estimé necessire d'en informer le propriétaire. »

Difficultés de communication

L'erreur peut être perçue comme difficile à expliquer : « Trop difficile à dire aux propriétaires », « Délicat de dire que c'est à cause de l'asv.. », « c'était assez délicat à expliquer au client », « comment expliquer le problème ? ».

Le soignant peut penser que le client ne comprendrait pas l'erreur : « Ça serait incompréhensible pour lui », « Pas réceptif à une explication ».

Les difficultés de communication peuvent être renforcées par certaines caractéristiques du propriétaire : « trop âgée, pas assez d'entendement. », « Client compliqué », « Car la proprio nous a accusé d'avoir fait des expériences sur son chat, était complètement folle, ça n'aurait fait qu'aggraver la situation », « Je ne parle pas l'espagnol ».

Autre explication plausible

Donner une autre explication est parfois plus simple que de révéler l'erreur : « Je m'en sortais mieux en disant que c'était une complication possible ».

Ainsi, une alternative plausible peut être présentée :

- Un mensonge sur l'explication : « La veto à annoncé un pb anesthésique », « Il a menti en disant qu'il était DCD en chirurgie », « Ne pas vouloir montrer au propriétaire que j'ai fait subir une laparotomie exploratrice à leur chien pour rien », « Le Vétérinaire a informé la propriétaire de la castration mais en invoquant motif médical [pour un chien qui n'aurait pas dû être castré] », « J'ai juste dit qu'il n'avait pas supporté l'anesthésie »,

« On a dit qu'on avait préféré tondre large au cas ou... », « J'ai préféré parler d'une anomalie cardiaque »,

- Un mensonge par omission, les faits sont décrits mais l'erreur n'est pas révélée : « juste information sur l'hémorragie qui a eu lieu lors de la chirurgie », « Je n'ai pas parlé d'erreur avec eux, mais je leur ai expliqué clairement les choses. », « Je n'ai pas énoncé de lien direct entre l'absence d'auscultation et le décès », « J'ai juste parlé d'un accident d'anesthésie sans rentrer dans le détail. », « J'ai expliqué que l'animal avait reçu des anti inflammatoire et que ses reins étaient trop atteints au moment du sondage, que malgré la perfusion, ils sont restés bloqués et que les anti inflammatoires ne les ont pas aidé. Je ne l'ai pas décrit comme une erreur mais une complication possible. »

Erreur non connue ou incertaine

Le vétérinaire ou auxiliaire peut ignorer son erreur au moment où il parle au client : « J'ai réalisé plus tard... », « conclusion du cas appris plusieurs semaines après ».

Il peut également douter de son erreur : « Je n'étais pas sure de mon erreur », « je n'étais pas sure que l'échec de l'avortement soit du uniquement à mon erreur », « je ne sais meme pas ce qui a tué le chien, si ca se trouve, même lorsque j'ai alerté le chirurgien, il était peut être déjà trop tard ».

Enfin, dans ce thème ont aussi été ajoutés les cas où le propriétaire a su l'erreur avant le vétérinaire, en consultant un autre vétérinaire : « découverte par un autre confrère », « le chat est mort , autopsié par un confrère et c'est alors que je me suis rendu compte de mon erreur », « Le propriétaire a consulté chez un autre vétérinaire et m'a ensuite informée de l'erreur de diagnostic », « car le propriétaire a consulté dans la même journée ailleurs donc la radio a été faite ailleurs ».

Ce motif se suffit parfois à lui-même ou peut être en plus d'autres motifs : « J'avais bien expliqué les risques anesthésiques (chat suf) et ne le sentait pas annoncer mon erreur (incertaine de plus) ».

Propriétaires injoignables

L'annonce est parfois impossible car les propriétaires ne sont pas identifiés ou joignables : « Je n'étais pas en contact avec les propriétaires », « pas de propriétaire, juste association », « Je l'ai appelé plusieurs fois pendant l'opération pour voir si on réduisait l'hernie mais pas de réponse (à ce moment là je n'avais pas vu le devis) », « Je ne l'ai pas revu ».

Pas d'effets positifs

Les répondants peuvent ne pas juger utile de dire l'erreur : « Pas d'intérêt », « Pas l'utilité », « Ce n'était pas la peine. », « Eviter de jeter de l'huile sur le feu. », « Ce sont des erreurs de jugement qui sont relatives d'une personne à l'autre », « Inutile », « Ça ne l'aurait pas aidé, ni l'animal, ni le propriétaire, ni nous ».

Certains ne souhaitent pas inquiéter les propriétaires : « Pour ne pas l'inquiéter […] », « ppio déjà en pleurs », « ma fille était déjà assez affectée », « car ils sont partis sur une hypothèse de décés post anesthesie et pas d'hemorragie interne, je n'ai pas compris de susite que cela pouvait être ma faute , ce n'est qu'à l'autopsie que j'ai compris l'erreur et je n'ai plus eu le

courage de leurs dire », « L'animal était mort il n'était plus utile de culpabiliser le client qui avait insisté pour euthanasier son animal ».

Gravité déjà engagée

L'intérêt de l'annonce peut être limité lorsque :

- Le propriétaire connaît déjà les risques liés à la procédure : « La propriétaire était avertie des risques anesthésiques […] », « L'acceptation de la propriétaire au risque anesthésique d'un brachycéphale était plus facile a accepter pour elle qu'une erreur aussi futile qui a tué son chien. […] », « morts suite à une torsion fréquente »,
- Le pronostic de l'animal est déjà engagé : « Malheureusement le pronostic de l'animal était déjà mauvais au moment de l'hospitalisation », « Le décès fut brutal mais l'animal était condamné sur du court terme », « CHIEN EN ETAT CRITIQUE DONT LE PRONOSTIC ETAIT TRES SOMBRE A SON ARRIVEE », « Chat difficile et très mal en point », « Chien avec comorbité qui était opéré d'un shunt », « Le pronostic était déjà très sombre , le propriétaire s'attendait au décès de son chat. Je n'ai donc juste pas expliquer la cause réelle ».

Absence de gravité effective pour le patient

Certains estiment que l'erreur n'a rien changé : « la chatte était déjà ouverte, ça ne changeait pas grand-chose au traitement à suivre », « Mon erreur n'a rien changé à ce que voulais le proprio puisqu'on s'en est rendu compte avant »

L'absence de gravité effective limite également l'annonce de l'erreur : « Car elle a été évitée », « L'erreur s'est déroulée la nuit à 3h du matin, et l'injection de l'antidote a permis une résolution immédiate des symptômes. Le monitoring rapproché mis en place a permis d'écarter toute complication liée à cette erreur », « Lanimal allait très bien en sortie » , « Le réveil s'est bien passé et aucune séquelle », « l'animal allait bien, c'était sans gravité ».

L'annonce est alors perçue comme inutile : « inutile, car sans conséquences autres qu'immédiate », « Prise en charge avant le départ du cabinet, nul besoin de se mettre en défaut alors que l'erreur est réparée, sans conséquence pour l'animal. ».

c. Influence de la gravité

Des motifs constants

La honte et l'impossibilité de joindre les propriétaires ne semblent pas être liés à la gravité de l'atteinte. La constance de la honte pour toute gravité a été déjà observée lors de l'étude du vécu. Ce résultat est donc concordant avec les précédents (voir paragraphe X).

L'influence d'autrui semble constante, voire légèrement accrue avec la gravité. Cela pourrait s'expliquer car ce motif semble lié au statut de salarié et au métier d'auxiliaire, constante qui ne varie pas avec la gravité.

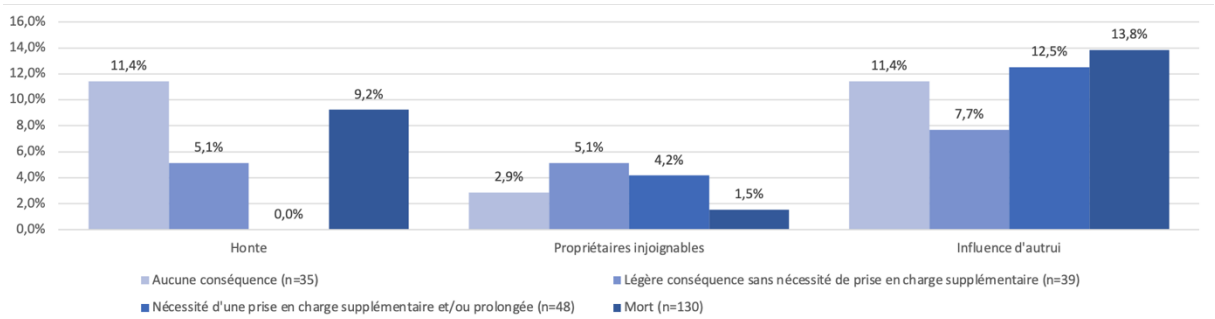


Figure 63a : Distribution des motifs de dissimulation des erreurs aux clients par gravité.

Des motifs plutôt invoqués en l'absence de gravité

L'absence de gravité effective est un motif, logiquement, quasiment pas invoqué lorsque l'animal est décédé. Les rares fois où il l'est est car le soignant estime que l'erreur n'a rien changé sur l'issue du pronostic. Si la prise en charge supplémentaire ou prolongée permet d'éviter des séquelles permanentes pour le patient, ce motif peut être invoqué. L'absence de gravité effective est un motif donné par un peu plus de la moitié des soignants témoignant de l'absence d'atteinte, ou d'une atteinte légère. La gravité joue donc un rôle important pour déterminer le choix d'annoncer ou non lorsque l'erreur est peu grave. Néanmoins, dans 50% des cas, elle n'est pas la raison motivant à cacher.

Dans une moindre mesure, l'annonce semble d'autant moins utile que les conséquences sont peu graves.

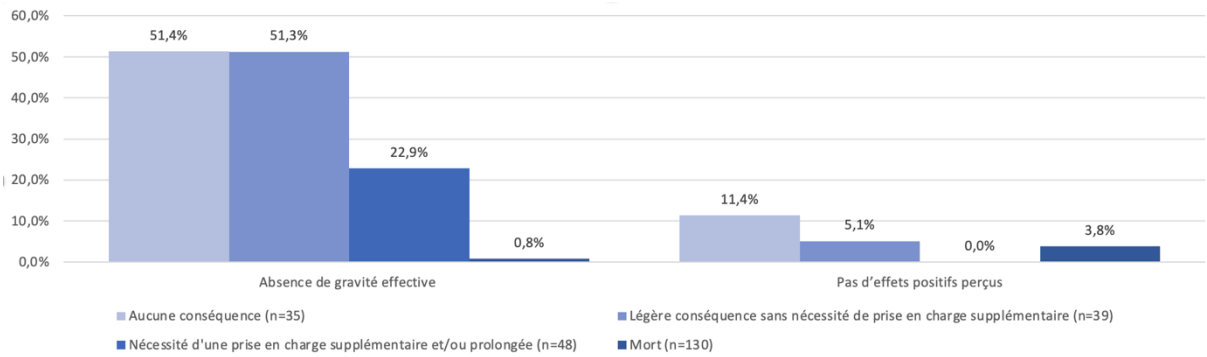


Figure 63b : Distribution des motifs de dissimulation des erreurs aux clients par gravité.

Des motifs liés à la gravité

L'invocation de nombreux motifs semblent augmenter avec la gravité.

La peur des conséquences représente un quart des motivations lorsque l'animal est décédé. Le pronostic sombre et les risques élevés sont également un motif de non-divulgation de l'erreur dans 22% des cas graves.

Les difficultés de communication et les incertitudes sur l'erreur ne sont des motifs allégués que lorsque la gravité est moyenne à élevée. Le fait de donner une autre explication semble constant dès lors que l'animal est atteint, même faiblement, mais n'est que peu utilisés lorsque l'animal n'a aucune conséquence.

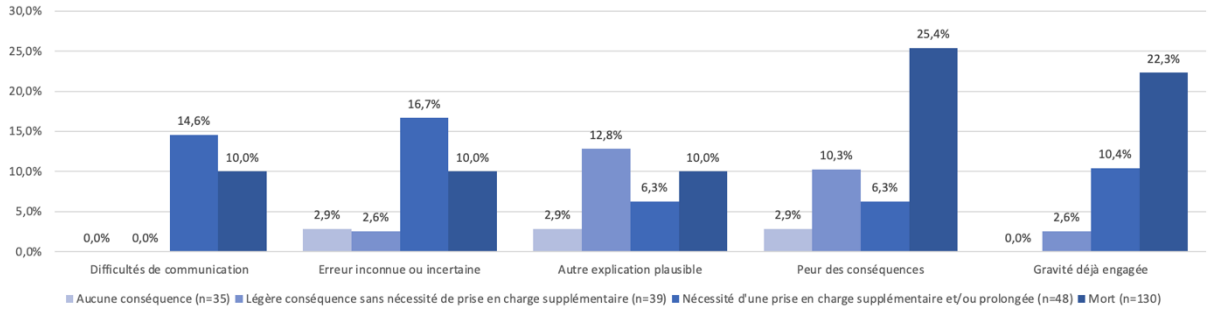


Figure 63c : Distribution des motifs de dissimulation des erreurs aux clients par gravité.

d. Influence du sexe et du métier

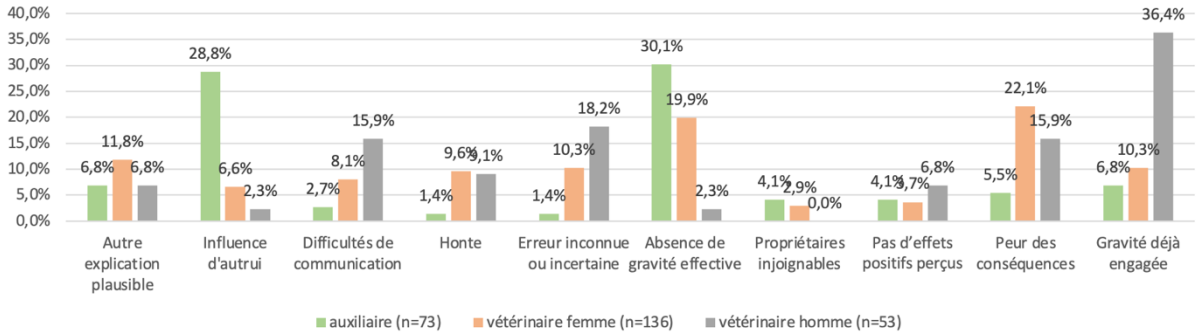


Figure 64 : Distribution des motifs de dissimulation des erreurs aux clients en fonction du métier et du sexe[247].

Plus de la moitié des ASV cachent les erreurs à cause de l'influence d'autrui, ou car l'erreur n'a pas eu de conséquence. Les autres motifs se retrouvent en proportion plus faibles (<10%).
Les femmes vétérinaires cachent leurs erreurs essentiellement par peur des conséquences et l'absence de gravité effective.
Les hommes vétérinaires quant à eux les cachent essentiellement car la gravité était déjà engagée, car ils n'avaient pas connaissance ou n'était pas sûr de leur erreur, pour des difficultés à communiquer et la peur des conséquences.

L'influence de la décision de dévoiler ou non les erreurs impacte majoritairement les auxiliaires. Cela est lié à la responsabilité des cas pesant sur les vétérinaires, qui sont également leurs supérieurs hiérarchiques.

Les auxiliaires sont donc moins concernées par l'annonce. Il est donc normal qu'elles éprouvent moins de difficultés à communiquer. Les hommes sont ceux qui éprouvent le plus de mal à révéler les erreurs.

La honte est indépendante du sexe, mais n'est un motif que pour les vétérinaires.

[247] La somme des pourcentages pour une population n'est pas égale à 100 car les réponses « ne sais pas » ne sont pas représentées.

L'incertitude ou la méconnaissance de l'erreur est un facteur présent chez les vétérinaires, et augmenté chez les hommes.

L'absence de gravité effective n'est quasiment pas un motif pour les hommes, mais l'est beaucoup pour les femmes, et encore plus pour les auxiliaires.

La peur des conséquences motive les vétérinaires à cacher les erreurs, notamment les femmes vétérinaires.

Le fait que le patient soit déjà à risque grave, par son état ou la procédure, est une raison de cacher principalement pour les hommes.

L'absence de perception d'effets positifs de l'annonce ainsi que la possibilité de donner une autre explication plausible sont à peu près constantes quels que soient le métier ou le sexe.

Le résumé de ces observations est réalisé dans le tableau suivant. Une vérification par analyse statistique (régression logistique) permettrait de vérifier les corrélations observées.

Tableau XVIII : Synthèse de l'influence du métier et du sexe sur les motifs de dissimulation des erreurs aux clients.

Motif	Influence du métier	Influence du sexe
Honte	+++ : vétérinaires	0
Peur des conséquences	+++ : vétérinaires	+ : femmes
Erreur inconnue ou incertaine	+++ : vétérinaires	++ : hommes
Difficultés de communication	++ : vétérinaires	++ : hommes
Influence d'autrui	+++ : auxiliaires	+ : femmes
Absence de gravité effective	+++ : auxiliaires	+++ : femmes
Gravité déjà engagée	0	+++ : hommes
Autre explication possible	0	0
Pas d'effets positifs perçus	0	0

D. Intérêt de la formation continue

La formation continue est un élément clé de la sécurité des soins. Elle permet de s'assurer que les équipes sont informées des dernières avancées et pratiques actuelles. Motiver sa formation continue à partir de ses erreurs permet de renforcer la culture de sécurité en identifiant spécifiquement les lacunes et en y remédiant grâce à des formations ciblées (comme la simulation, le développement de compétences non techniques ou de compétences techniques spécifiques[248]). De plus, les motivations dans le choix de la formation continue révèlent les valeurs des soignants[249].

Les erreurs sont un facteur déterminant pour le choix de la formation continue pour environ la moitié des participants. Les vétérinaires semblent moins déterminer leurs formations en

[248] Naik et Brien, 2013.
[249] Mlambo et al., 2021.

fonction des erreurs. D'autres motifs peuvent motiver le choix de la formation continue : l'appétence, l'envie de se former dans certains domaines, l'envie de développer de nouvelles compétences, …

Cette question a obtenu beaucoup de réponses neutres, allant jusqu'à un quart pour les auxiliaires. Cela peut s'expliquer car elles n'ont pas d'obligation de formation continue contrairement aux vétérinaires.

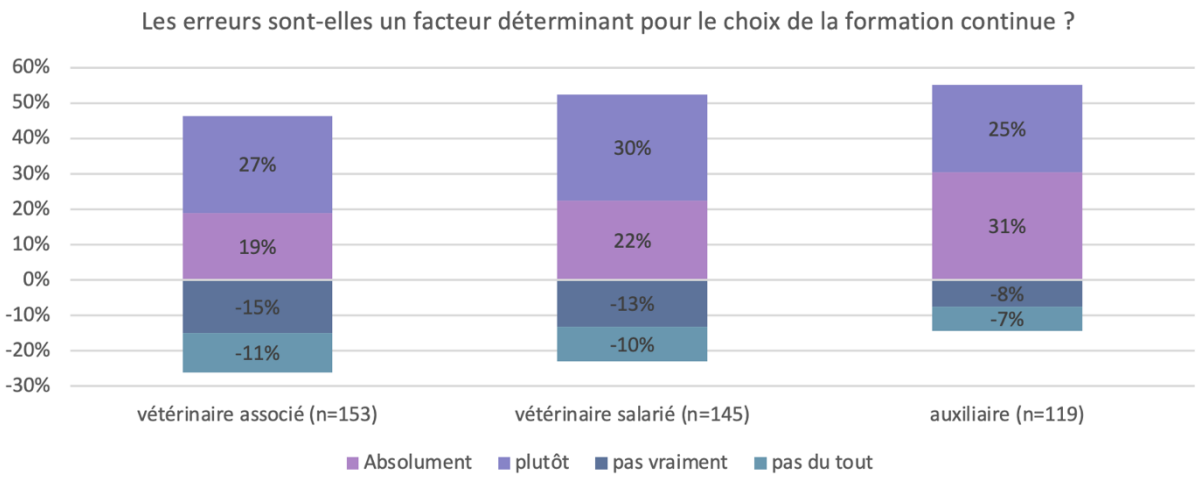


Figure 65 : Proportion de la prise en compte des erreurs dans le choix de la formation continue en fonction du statut et métier.

Ainsi, les erreurs ne semblent pas être la motivation principale de formation continue.

III. Culture d'équipe de sécurité

L'équipe partage des valeurs, croyances et comportements relatifs à la sécurité des soins, qui influencent ceux de l'individu et de l'organisation. L'étude réalisée ici ne dresse pas une vision objective des comportements et croyances de l'équipe, mais plutôt la perception qu'en a l'individu. Quatre dimensions sont étudiées : l'impact ressenti du travail d'équipe sur la sécurité (A), la gestion des événements indésirables par l'équipe (B), la culture juste (C) et la liberté d'expression au sein de l'équipe (D).

A. Perception de l'impact du travail d'équipe sur la sécurité des soins

Le travail d'équipe se définit comme « deux individus ou plus avec des rôles spécifiques interagissant de manière adaptative, interdépendante et dynamique vers un objectif commun et valorisé »[250]. Il est complexe et dépend de multiples paramètres : confiance mutuelle, communication, leadership, partage de modèles pensées…[251] Il s'agit d'autant de paramètres qui peuvent altérer la sécurité des soins. De nombreuses études en médecine humaine ainsi qu'en médecine vétérinaire ont montré que le travail d'équipe[252][253], ou ses composantes[254], impacte la sécurité des soins. Il est donc certain que le travail d'équipe impacte la sécurité des soins. Par rapport à la culture de sécurité, l'objectif est d'évaluer si les soignants perçoivent des risques liés à leur travail d'équipe.

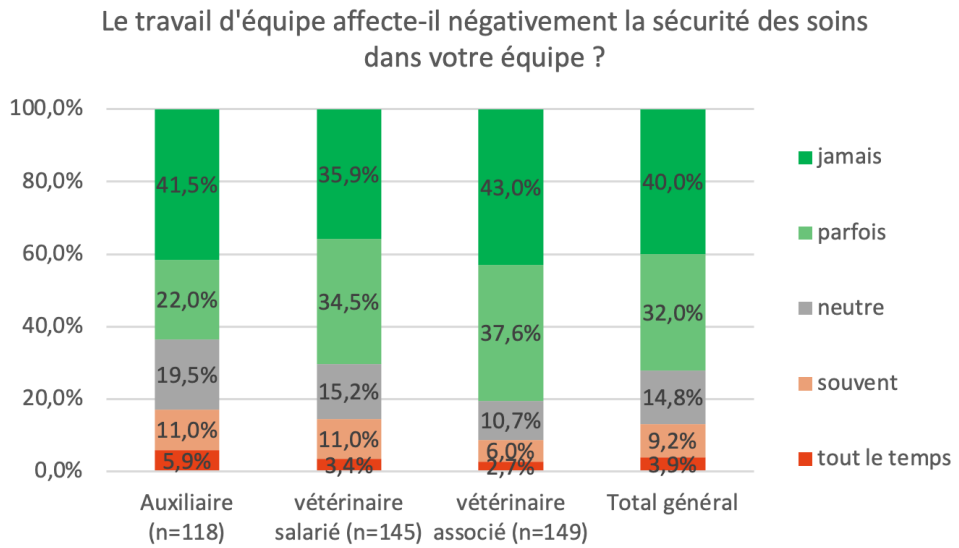


Figure 66 : Proportion de la fréquence d'altération de la sécurité des soins par le travail en équipe perçue en fonction du statut et métier.

Quarante pour cent des répondants estiment que le travail d'équipe n'affecte jamais la sécurité des soins et 13% estiment que le travail d'équipe porte régulièrement ou tout le temps atteinte

[250] Dyer, 1984.
[251] Sala, 2005.
[252] Kinnison et al., 2015.
[253] Oxtoby, 2017.
[254] Russell et al., 2022.

à la sécurité des soins. Si ces résultats peuvent dénoter un travail d'équipe extrêmement performant ou au contraire extrêmement dysfonctionnel, il est également possible que les risques soient mal perçus ou biaisés par des croyances individuelles comme l'idée que les erreurs ne seraient le fruit que d'individus, ou au contraire un déni et rejet des erreurs sur autrui.

On remarque que les associés ont une perception plus positive (81%) tandis que les auxiliaires ont une perception plus négative avec moins des deux tiers d'entre elles (63%) estimant que le travail en équipe n'a pas d'impact positif sur la sécurité des soins. Il semble donc que les risques associés au travail d'équipe ne soient pas perçus de la même manière en fonction du métier.

B. Gestion des événements indésirables au sein de l'équipe

L'attitude adoptée par l'équipe lorsqu'un événement indésirable se produit influence les comportements individuels. Il est démontré qu'une culture tournée vers la résolution du problème améliore la sécurité des soins alors qu'une culture concentrée sur l'individu peut engendrer des comportements portant atteinte à la sécurité des soins, comme le fait de cacher des erreurs, une mauvaise ambiance dans l'équipe ou encore l'absence d'apprentissage sur l'erreur[255].

55% des associés estiment que l'équipe se focalise sur le problème plus que sur l'individu, pour seulement 41% des auxiliaires. Les salariés estiment davantage (+9%) que les équipes se focalisent plutôt sur l'individu.

Cette question a eu de nombreuses réponses neutres (31%). Cela peut indiquer que les répondants :

- ne savent pas répondre, ou ne souhaitent pas se prononcer,
- ne comprennent pas le sens de la question, ce qui peut être le cas si aucune gestion des erreurs n'a lieu,
- ou bien qu'ils ont une position intermédiaire : autant sur l'individu que sur le problème.

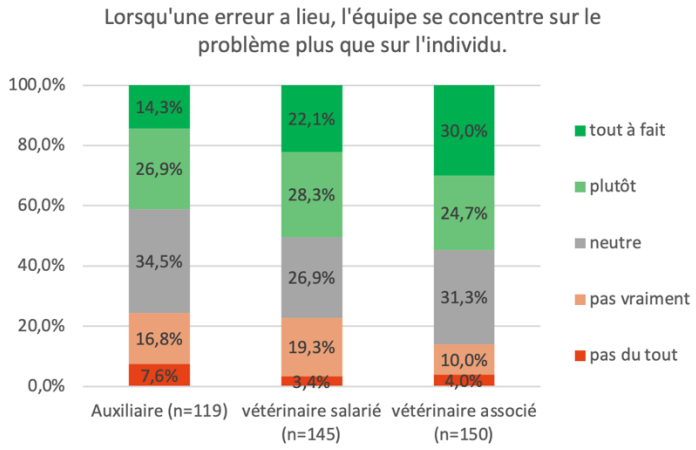


Figure 67 : Proportion des soignants percevant leur équipe comme se concentrant davantage sur le problème plutôt que sur l'individu en fonction du statut et métier.

[255] ICSI, 2017.

La gestion des événements indésirable au niveau de l'équipe semble donc n'être pas perçue de la même manière en fonction du statut, et impacter négativement plus de 20% des salariés.

C. Culture juste

Le soutien apporté par les collègues lors d'événement indésirable est démontré comme influençant la sécurité des soins. Non seulement il contribue à atténuer le mal-être des soignants, mais il favorise également un climat favorable, propice à la libération de la parole. Lorsqu'au contraire les soignants sont critiqués et blâmés par leur équipe lorsqu'ils commettent une erreur, ils peuvent développer des comportements altérant la sécurité des soins comme le fait de cacher des erreurs[256].

Plus des trois quarts des participants s'estiment soutenus par leurs collègues auxiliaires et vétérinaires salariés. 80% des vétérinaires estiment que leurs collègues sont positifs, voire les soutiennent et les accompagnent lorsqu'ils commettent des erreurs. Les auxiliaires en revanche ne trouvent qu'elles ne sont pas autant soutenues par leurs collègues vétérinaires associés (56%).

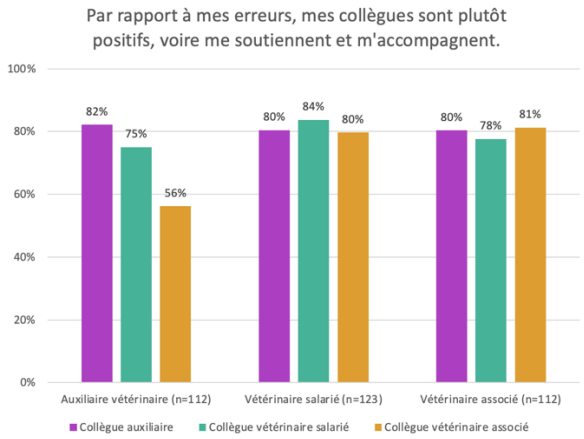


Figure 68 : Proportion des soignants percevant leurs collègues comme positifs vis-à-vis de leurs erreurs en fonction du statut et métier.

L'ensemble des participants estiment que ce sont les collègues associés qui sont les plus par rapport à leurs erreurs. En particulier, près d'un tiers des auxiliaires et un vétérinaire salarié sur 10 ne s'estiment pas soutenus du tout par leurs patrons.

[256] Galam, 2011.

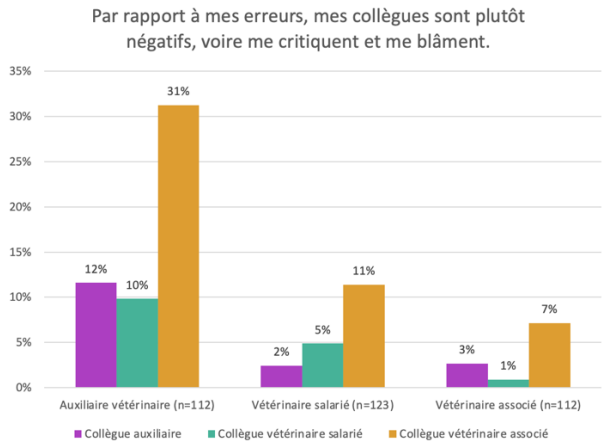


Figure 69 : Proportion des soignants percevant leurs collègues comme négatifs vis-à-vis de leurs erreurs en fonction du statut et métier.

Environ 13% des participants estiment que leurs collègues sont indifférents, ni dans le soutien, ni dans le blâme. Il semble que les collègues ayant le même métier et statut sont les moins indifférents aux erreurs de leurs collègues.

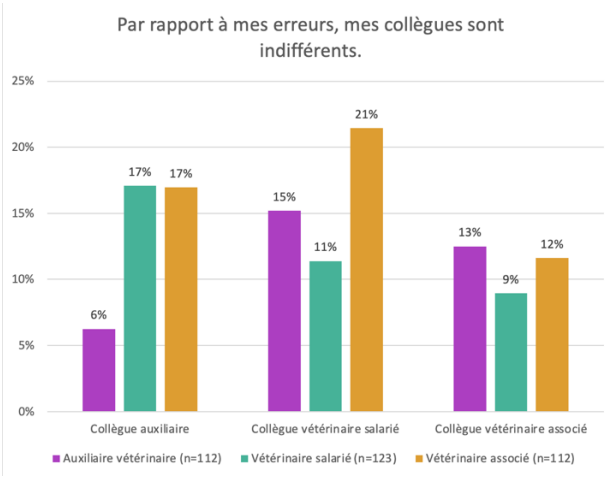


Figure 70 : Proportion des soignants percevant leurs collègues comme indifférents à leurs erreurs en fonction du statut et métier.

D. Liberté d'expression dans l'équipe

Parler des erreurs est reconnu comme l'un des facteurs les plus importants pour la sécurité des soins car cela permet d'analyser les causes pour s'améliorer, voire de rattraper l'erreur[257]. Afin d'étudier la liberté d'expression dans les équipes vétérinaires, il est étudié la perception générale de la liberté d'expression dans l'équipe (1) mais également la capacité à parler de ses propres erreurs (2) et de signaler à ces collègues les leurs (3).

1. Parler des erreurs dans l'équipe

En moyenne, 65% des soignants vétérinaires estiment que la parole est libérée dans leur équipe, mais des disparités existent en fonction du statut. 84% des associés trouvent que la

[257] ICSI, 2017.

parole est libre pour moins des deux tiers des salariés, vétérinaires (64%) comme auxiliaires (59%). Les associés sont également plus tranchés dans leurs réponses avec la moitié estimant une parole tout à fait libre contre un quart pour les salariés, et une proportion de réponses neutres deux fois plus faibles.

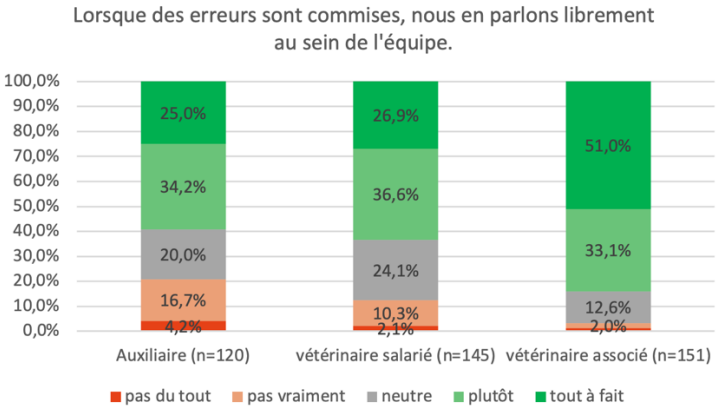


Figure 71 : Proportion des soignants estimant la parole libérée dans leur équipe en fonction du statut et métier.

2. Parler de ses erreurs avec les collègues

Il était demandé aux répondants s'ils se sentaient à l'aise avec aucun, certains ou l'ensemble de leurs collègues pour parler de leurs erreurs.

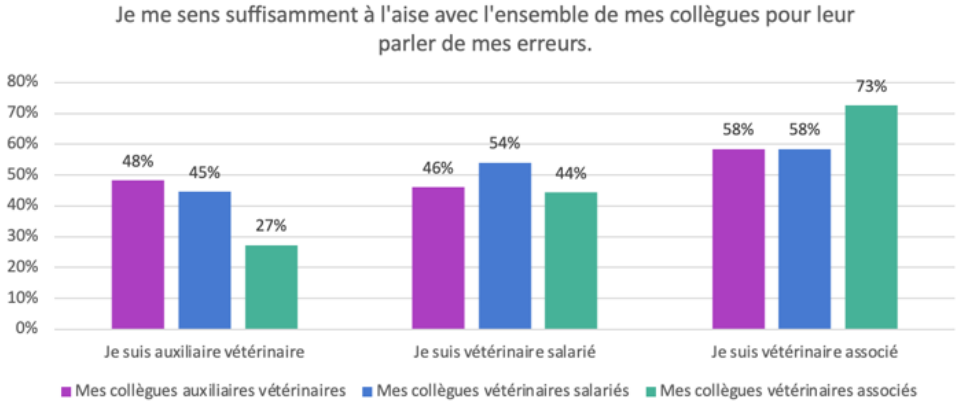


Figure 72 : Proportion des soignants se sentant à l'aise avec l'ensemble de leurs collègues pour parler de leurs erreurs en fonction du statut et métier.

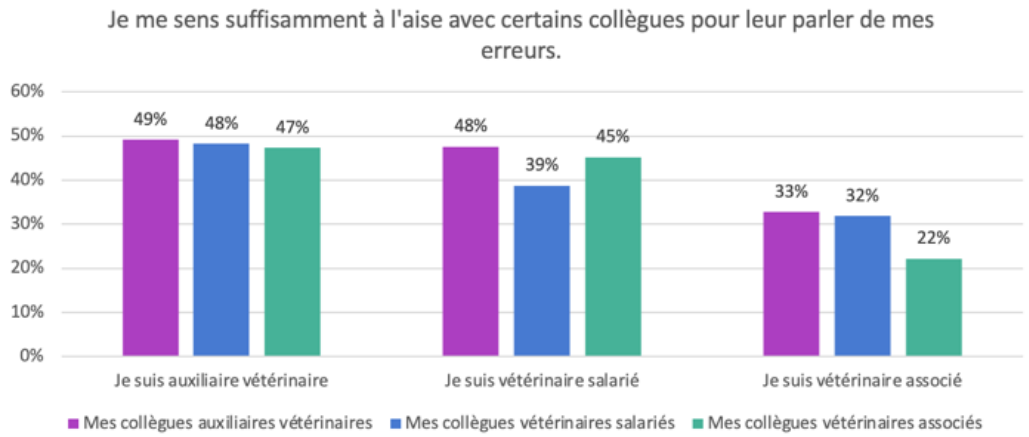


Figure 73 : Proportion des soignants se sentant à l'aise avec certains de leurs collègues, mais pas tous, pour parler de leurs erreurs en fonction du statut et métier.

Les soignants se sentent plus à l'aise pour discuter de leurs erreurs avec leurs collègues du même métier et statut. Il semble y avoir une barrière liée au statut.

Plus de 90% des salariés parlent de leurs erreurs à au moins un salarié, indépendamment de son métier (proportions équivalentes pour les collègues auxiliaires ou vétérinaires), mais moins de la moitié se sent suffisamment à l'aise pour parler à l'ensemble des collègues. Ils semblent donc qu'ils soient sujets à une grande variabilité en fonction de leurs collègues.

Un vétérinaire salarié sur dix ne parlent de ses erreurs avec aucun de ses patrons. Chez les auxiliaires, on constate une défiance encore plus importante puisqu'un quart d'entre elles ne se sentent à l'aise avec des associés pour parler de leurs erreurs. Bien que « ne se sentir à l'aise avec aucun des associés pour parler de mes erreurs » ne soit pas exactement équivalent à « cacher mes erreurs systématiquement aux associés », il est probable qu'il révèle une dissimulation des erreurs auprès des patrons de la part des ASV. En effet, un environnement de travail où les employés ne se sentent pas à l'aise pour discuter de leurs erreurs avec leurs supérieurs limite la transparence.

Les associés sont plus en confiance que les salariés pour parler de leurs erreurs à l'ensemble de leurs collègues (60%), et sont moins sujets aux variabilités individuelles de leurs collègues (moins d'un tiers). En revanche, ils sont plus enclins à parler de leurs erreurs entre associés (+15%) et un associé sur dix ne parle de ses erreurs avec aucun de ses salariés.

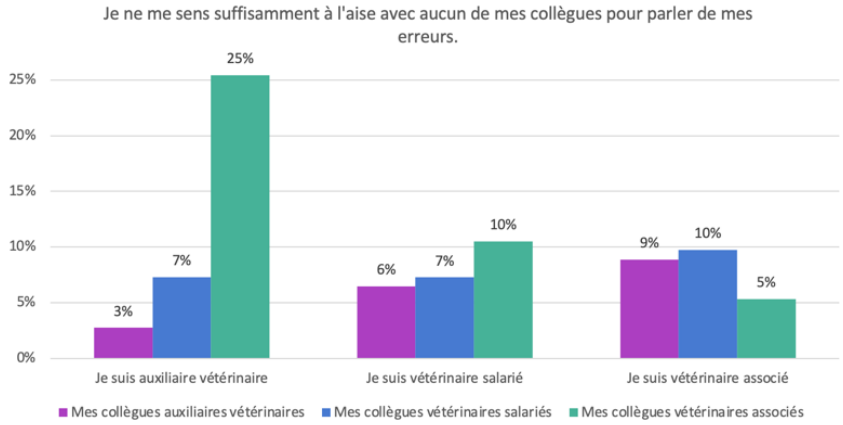


Figure 74 : Proportion des soignants ne se sentant à l'aise avec aucun de leurs collègues pour parler de leurs erreurs en fonction du statut et métier.

3. Parler des erreurs des collègues

Il était demandé aux répondants s'ils peuvent discuter avec l'ensemble, certains ou aucun de leurs collègues lorsqu'ils constatent que leurs collègues commettent une erreur.

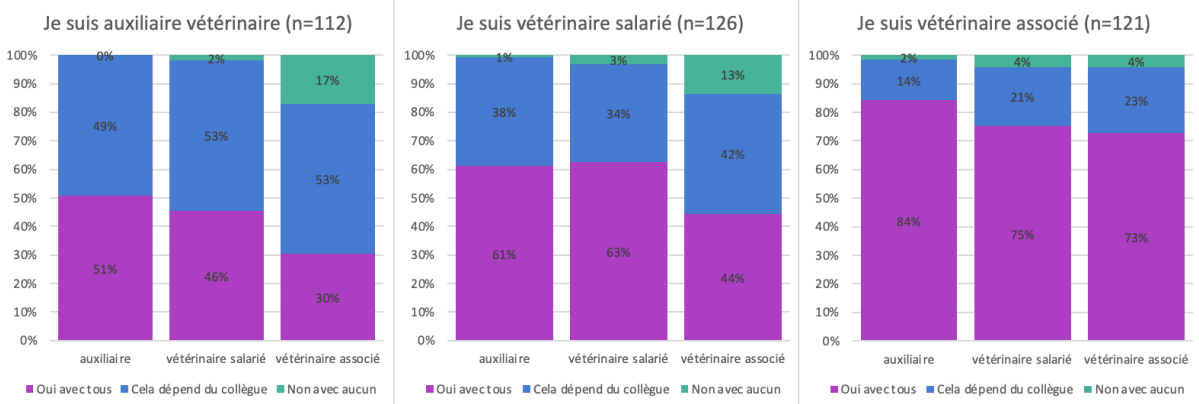


Figure 75 : Proportion des soignants pouvant discuter avec leurs collègues lorsque ces derniers commettent une erreur, en fonction du statut et métier.

Les associés sont les plus nombreux à aborder avec l'ensemble de leurs collègues leurs erreurs. Ils signalent dans les mêmes proportions aux vétérinaires, indépendamment de leurs statuts (74%), et encore plus aux auxiliaires (84%). Ils sont peu nombreux à ne pas signaler l'erreur du tout (<5%).

Les salariés quant à eux signalent dans des proportions équivalentes à leurs collègues également salariés. En revanche, ils font moins remarquer les erreurs des associés et sont davantage sujets à la variabilité individuelle des collègues. En particulier, les auxiliaires sont moins d'un tiers à oser signaler à tous les patrons (30%) et sont plus de la moitié à ne pas pouvoir le faire auprès de tous les collègues. Plus d'un salarié sur dix n'ose jamais dire à un patron qu'il est en train de commettre une erreur.

Quasiment aucun soignant n'a de mal à faire remarquer à une collègue auxiliaire une erreur qu'elle commet, alors que les auxiliaires sont celles qui ont le plus de mal à signaler les erreurs à leurs collègues.

4. Conclusion sur la liberté de parole dans les équipes

Il est intéressant de mettre en perspective les résultats de ces trois questions. Il semble y avoir un décalage entre se sentir à l'aise pour parler des erreurs, de ses erreurs et des erreurs des autres.

Tableau XIX : Synthèse sur la libération de la parole dans les équipes en fonction du métier et du statut.

Statuts	Parler des erreurs	Parler de ses erreurs	Parler des erreurs des autres
Auxiliaires	25% : parole totalement libre 3% : parole limitée	40% : à tous 12% : à aucun (++ patrons) Variabilité individuelle	42% à tous 6% à aucun (++ patrons)
Vétérinaires salariés	27% : parole totalement libre 12% : parole limitée	48% : à tous 8% : à aucun variabilité individuelle	56% à tous 6% à aucun (++ patrons)
Vétérinaires associés	51% : parole totalement libre 21% : parole limitée	63% : à tous 8% : à aucun	77% à tous 3% à aucun

Par exemple, les vétérinaires salariés, 48% estiment pouvoir parler de leurs erreurs et 56% abordent les erreurs des autres avec l'ensemble de leurs collègues alors que seulement 27% estiment que la parole est totalement libre dans l'équipe.

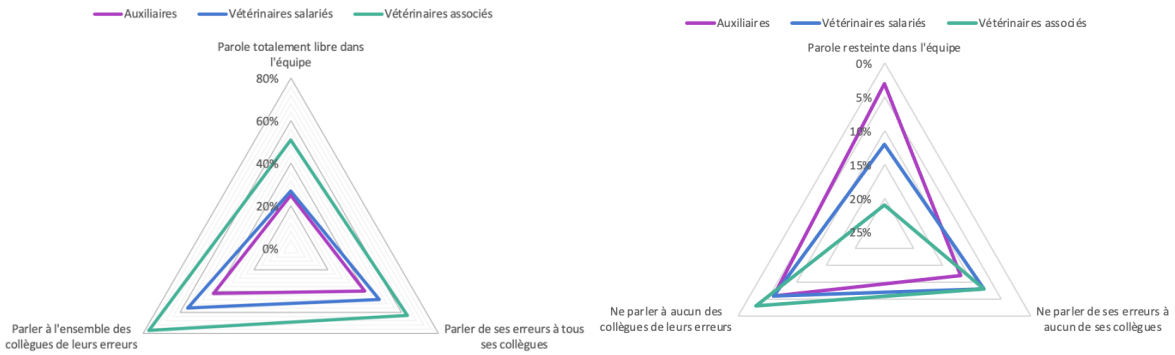


Figure 76 : Synthèse de la libération de la parole au sein des équipes perçue par les soignants, en fonction du statut et métier.

Le ressenti général est plus négatif que le ressenti spécifique. On peut formuler trois hypothèses pour l'expliquer :

- Parler est possible, mais ce n'est pas fait. Bien que les soignants se sentent à l'aise pour parler des erreurs, le sujet n'est peut-être pas pour autant abordé, à cause, par

exemple, de réticences individuelles (honte, pas jugé important…) ou car il n'y a pas de moments collectifs prévus pour. « Nous parlons librement des erreurs au sein de l'équipe » peut en effet avoir une interprétation de dialogue collectif, impliquant la réunion de l'ensemble de l'équipe. Il est de plus possible que les soignants se sentent à l'aise pour parler individuellement avec chacun des erreurs mais n'arrivent pas à aborder le sujet lorsque l'ensemble de l'équipe est réuni.

- Le ressenti sur l'équipe est influencé par le dialogue possible avec les patrons. Nous avons constaté de plus grands freins pour le dialogue des salariés auprès des associés. Il est possible que cette défiance nivelle le ressenti général vers le bas. Les associés ont généralement des fonctions de management et d'initiatives dans les équipes. S'ils ne permettent pas un dialogue ouvert, n'instaurent pas de moments pour, ne montrent pas l'exemple en témoignant de leurs propres erreurs, les salariés peuvent ne pas ressentir de dialogue d'équipe sur le sujet mais seulement des échanges individuels.
- Les expériences négatives marquent davantage que les expériences positives, ce qui se traduit par un sentiment général nivelé par le négatif, et non représentatif de la réalité. Ce biais cognitif intitulé « biais de négativité » est universel, et s'atténuerait avec l'âge[258], pouvant expliquer pourquoi les associés (plus âgés que les salariés en moyenne) ont une différence moins marquée.

De façon générale, on peut conclure sur 4 idées :

- Il semble plus aisé de communiquer sur les erreurs des collègues que de nos propres erreurs.
- La relation hiérarchique limite les échanges des salariés auprès des associés alors que les associés expriment toujours une plus grande aisance à parler des erreurs que les salariés.
- Les auxiliaires sont celles qui parlent le moins des erreurs mais à qui on ose plus facilement faire remarquer les erreurs.
- La liberté d'expression est marquée par une grande variabilité entre les individus qui constituent l'équipe.

[258] Kisley et al., 2007.

IV. Culture organisationnelle de sécurité

L'organisation est le troisième niveau de la culture de sécurité d'après Reinman. Elle correspond à l'entreprise vétérinaire et désigne des structures de taille variable : de l'exercice libéral seul à de grandes structures hospitalières vétérinaires en passant par des cabinets de taille variable ou encore des réseaux de cliniques. Il est à noter qu'étudier ce niveau pour les vétérinaires exerçant seuls est peu utile puisque l'individu constitue à lui seul l'organisation. Les questions se sont révélées inadaptés pour ce mode d'exercice comme l'exprime certains témoignages (voir paragraphe X).

L'organisation influence la sécurité de différentes manières. Les décideurs de l'organisation n'ont pas que la sécurité à gérer. Ils doivent constamment faire des compromis entre ressources, contraintes, sécurité et qualité des soins. Ils doivent veiller à la sécurité du patient, mais également à la sécurité du personnel, la sécurité financière de l'établissement voire d'autres enjeux comme la réputation, l'adaptation aux nouvelles règlementations, ... Elle conditionne donc directement la sécurité par les choix qu'elle réalise (par exemple : ne pas remplacer du matériel défectueux par soucis d'économie).

L'organisation influence également les comportements et valeurs des autres niveaux (équipes, individus). Le management, organisation et gestion des ressources pour atteindre un objectif, peut pousser les individus à commettre des comportements peu sûrs (par exemple : imposer un rythme de travail trop soutenu peut faire commettre au soignant des violations pour tenir le rythme). Le leadership, capacité de guider et de motiver l'équipe vers un objectif commun, peut également influencer les valeurs et comportements des individus (par exemple : motiver l'équipe par la menace de la punition, forme de leadership transactionnel, peut mener un soignant à cacher ses erreurs).

Quelle place la culture organisationnelle donne-t-elle à la sécurité dans la profession vétérinaire AC ? Nous étudierons cette question à travers l'étude de sept dimensions. Parmi elles, 2 sont évaluées par des questions quantitatives (A), et six le sont selon l'échelle de Hudson (B), permettant d'étudier le niveau de maturité de la culture, et donc d'aller plus loin que la binarité positif/négatif.

A. Évaluation quantitative de la culture de sécurité organisationnelle

La perception générale de la sécurité est évaluée par approche quantitative, cette dimension étant inspirée des questions du SAQ et du HSOPS. La dimension « priorité à la sécurité » est également étudiée par des questions quantitatives inspirées du SAQ et du HSOPS, mais l'est également par évaluation semi-quantitative. La question semi-quantitative aurait été suffisante, mais il était intéressant de voir les différences qu'apportent cette approche par rapport à l'approche plus classique quantitative.

1. Perception générale de la sécurité

La première dimension étudiée est la perception générale qu'ont les soignants de la sécurité de leur structure. Elle est étudiée à travers 2 questions ayant obtenu chacune 457 réponses.

a. Note attribuée à la structure

Les participants étaient invités à noter selon eux à donner une note générale sur 5 à la sécurité des soins de leur structure (1/5 : échec, 2/5 : faible, 3/5 : acceptable, 4/5 : bonne, 5/5 : excellente).

La note moyenne attribuée est de 4,00. Les deux tiers estiment que la sécurité est bonne, et 18% estime qu'elle est excellente. Seulement 16% estiment que la sécurité des soins n'est qu'acceptable, voire faible. Les vétérinaires et auxiliaires ont donc plutôt une bonne estime dans la sécurité de leur clinique.

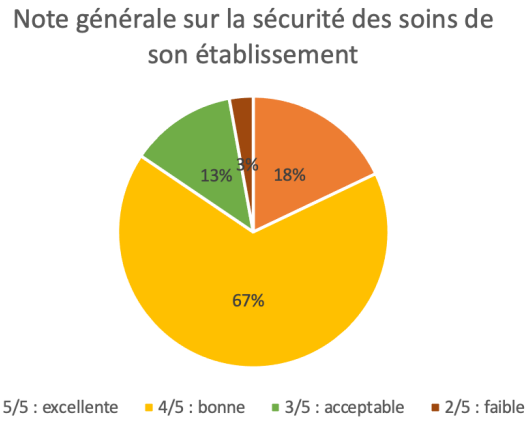


Figure 77 : Pourcentages de notes attribuées sur la sécurité des soins.

b. Confiance attribuée à la structure

Les participants étaient invités à exprimer la confiance qu'il donne à la clinique pour faire soigner leurs propres animaux sur une échelle ordinale sur 5 (1 : pas du tout confiance, 5 : tout à fait confiance).

Les réponses à cette question confirment la haute estime des soignants pour la sécurité des soins dans leur structure. Seuls 13% ne feraient pas soigner leurs animaux dans leur structure.

Près des deux tiers feraient tout à fait confiance et un quart plutôt confiance. La moyenne est à 4,42.

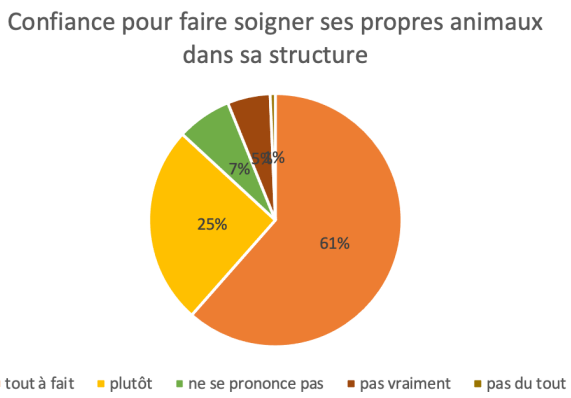


Figure 78 : Pourcentages de confiance accordée par les soignants à leur structure pour y faire soigner leur animal.

La confiance pour faire soigner ses propres animaux est supérieure à la note générale attribuée. Cela peut s'expliquer par :

- Une confiance accrue du fait qu'il s'agisse de *son* animal : la proximité affective de l'animal peut engager davantage les équipes à être précautionneuses. Le propriétaire peut de plus veiller particulièrement à la sécurité des soins et cibler les personnes qu'il souhaite dans l'équipe.
- Une minimisation de la note : le biais de désirabilité sociale, bien décrit lors de la réponse à des questionnaires, peut pousser le répondant à ne pas vouloir paraître prétentieux en s'attribuant une note parfaite. Le biais de négativité peut également nivelé par le bas la note, du fait que les expériences négatives marquent davantage, d'autant plus que les 2 premières parties de l'enquête poussait le répondant à voir ses erreurs.

On peut conclure qu'une faible proportion de structures (<5%) sont perçues comme dangereuses.

Cette dimension est très subjective, sujette à de nombreux biais : attribution défensive, raisonnement émotionnel, surgénéralisation, ... Les résultats ne sauraient donc attester de la sécurité réelle des structures vétérinaires, donc ce n'est d'ailleurs pas l'objectif !

Néanmoins, cette dimension est pertinente pour deux aspects. D'une part, une perception négative pourrait indiquer des défaillances dans le management et le leadership de l'organisation altérant la sécurité. D'autre part, il est connu que le jugement que l'on porte influence notre prise de décision et nos comportements. C'est l'effet d'étiquetage. Ainsi, même si le soignant interrogé dispose d'une vision « erronée » de la sécurité organisationnelle, il n'en demeure pas moins convaincu et est donc à risque de commettre davantage de comportements peu sûrs.

2. Priorité accordée à la sécurité

La sécurité est un objectif que l'organisation doit articuler avec d'autres (ressources, contraintes, qualité, …). Une faible priorité accordée à la sécurité implique un investissement moindre de ressources économiques mais également en temps et intellectuelles, pour concevoir un environnement et des procédures sures. Une faible priorité menace donc la sécurité des soins. Quelle priorité la culture organisationnelle donne-t-elle à la sécurité dans la profession vétérinaire AC ?

a. Perception du sacrifice de la sécurité au profit de l'activité

Les répondants étaient invités à exprimer leur avis sur le fait que la sécurité des soins puisse être sacrifiée (volontairement ou involontairement) pour réaliser plus de travail (0 : tout le temps, 5 : jamais).

Cette question a une note moyenne assez faible à 3,86 (n=457). Seulement un tiers des soignants estiment que la sécurité des soins n'est jamais sacrifiée, et 40% rarement. 17% estiment qu'elle l'est souvent ou tout le temps.

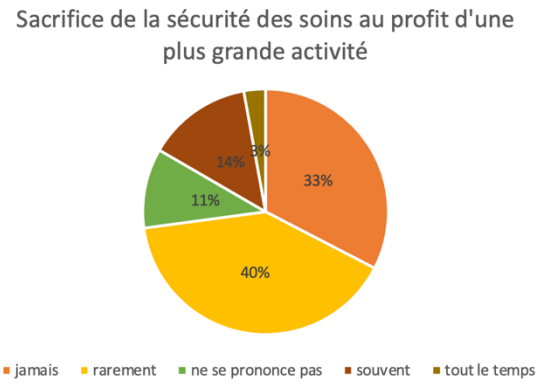


Figure 79 : Pourcentages de la perception des soignants des violations de la sécurité au sein de leur structure pour réaliser davantage d'activité.

En comparaison avec la priorité accordée au niveau individuel, 14% des structures sacrifieraient souvent la sécurité des soins au profit d'une plus grande activité, mais seulement 8% des répondants estimaient qu'ils leur arrivent de sacrifier la sécurité au profit d'autres objectifs. Cette différence de perception entre la sécurité individuelle et organisationnelle pourrait s'expliquer de deux manières :

- Bien que les structures sacrifient la sécurité, les soignants arriveraient malgré les conditions organisationnelles non optimales à ne pas sacrifier la sécurité. Cette hypothèse est possible du fait que, comme tout questionnaire, il est sujet à un biais de sélection des individus ayant à cœur le sujet, donc moins enclins à sacrifier individuellement la sécurité.
- Les répondants peuvent sous-estimer les sacrifices qu'ils commettent, le biais de désirabilité sociale les poussant à se montrer sous une facette positive, ou surestimer les violations de leurs structures par attribution défensive.

b. Mesure indirecte de la priorité par la récurrence des problèmes

Une faible priorité accordée à la sécurité implique un investissement moindre dans le traitement des problèmes de sécurité, qui peuvent donc être plus récurrents. Les participants étaient donc invités à noter selon une échelle ordinale sur 5 si les problèmes sont récurrents ou non (0 : tout à fait récurrents, 5 : pas du tout récurrents), et sont 457 à avoir répondu.

La note moyenne est donc de 4,25. Seuls 11% estiment que les problèmes de soins sont récurrents. 43% estiment qu'ils ne sont pas du tout récurrents, et 45% estiment qu'ils ne sont pas vraiment récurrents. Les incidents semblent donc des phénomènes rares.

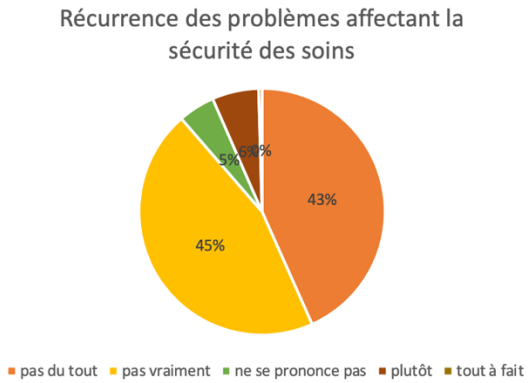


Figure 80 : Pourcentages de la perception des soignants de la récurrence des problèmes de sécurité au sein de leur structure.

Les résultats sont plus positifs que la question précédente. Cela s'explique par la nature de la mesure qui est indirecte : on mesure une conséquence possible de la (non) priorisation de la sécurité, et non la priorisation elle-même. Comme toute estimation indirecte, elle est moins spécifique et sensible. Des structures priorisant peu la sécurité peuvent par chance, ou implication des individus, ne pas avoir de problèmes récurrents (faux négatif). A l'inverse, des structures ayant à cœur la sécurité peuvent malgré tout connaître des problèmes récurrents, par exemple car ils ne savent pas comment le traiter ou manquent de rigueur dans la mise en place des solutions.

B. Évaluation de la sécurité organisationnelle selon l'échelle de Hudson

Six dimensions ont été évaluée par des questions adaptées du MaPSaF. Les répondants étaient invités à sélectionner la proposition qui selon eux représentait le plus le niveau de priorité donné à la sécurité des soins dans leur structure.

1. Réponses obtenues

412 réponses ont été obtenues dont 150 par des vétérinaires associés, 144 par des vétérinaires salariés et 118 par des auxiliaires. On constate un plus faible nombre de réponses avec 45 répondants n'ayant pas témoignés aux questions formulées sous le format du MaPSaF.

Les personnes n'arrivant pas à choisir un item ont pu préférer ne pas répondre du tout.

De plus, le format n'a pas toujours été apprécié, certains répondants trouvant un manque de graduation dans les réponses (« Certains choix multiples de réponses n'étaient pas assez gradués. »). Malgré le pré-test ayant permis de valider les questions, elles étaient plus complexes et n'ont pas toujours été bien comprises (« Les questions ne sont pas forcément facile à comprendre. », « Pas évident de répondre à certaines questions »).

En particulier, la notion de management et de manager ne faisait pas sens pour tout le monde (« Manque de clarté dans certaines questions notamment sur le management », « je n'ai pas bien compris les questions sur le MANAGER vu qu'il n'y en a pas chez nous, questions sur les erreurs un peu trop générales »). Si ce sont généralement les associés qui gèrent les moyens humains et matériels pour organiser l'activité, des salariés ou des personnes extérieures (fonctions supports) peuvent également avoir des missions de management, notamment dans les groupes de cliniques. De plus, dans certaines structures, un associé peut s'occuper davantage du mangement. L'opposition salarié/associé ne reflétait pas la diversité de l'organisation du management. Il a donc été préféré employer le terme de « manager », mais les vétérinaires et auxiliaires moins familiers avec cette notion ont pu ne pas la comprendre.

Enfin, ces questions arrivaient en toute fin du questionnaire, assez long (médiane à 26 minutes), demandant un effort intellectuel et émotionnel, donc relativement épuisant, ce qui peut avoir décourager la réponse à ces questions au format plus complexe. « Questionnaire long et assez compliqué mais le sujet n'est pas simple en même temps »

Au contraire, certains ont apprécié les formulations des questions et l'esprit de l'évaluation de la culture de sécurité comme l'exprime ce commentaire : « Je tenterais de proposer ce questionnaire aux membres de mon équipe en INTERNE pour voir si nous sommes raccord entre-nous. »

2. Apport de l'étude selon l'échelle de Hudson

La dimension « priorité accordée à la sécurité » a été étudié par des questions quantitatives et une question semi-quantitative, permettant de faire ressortir l'intérêt de cette approche.

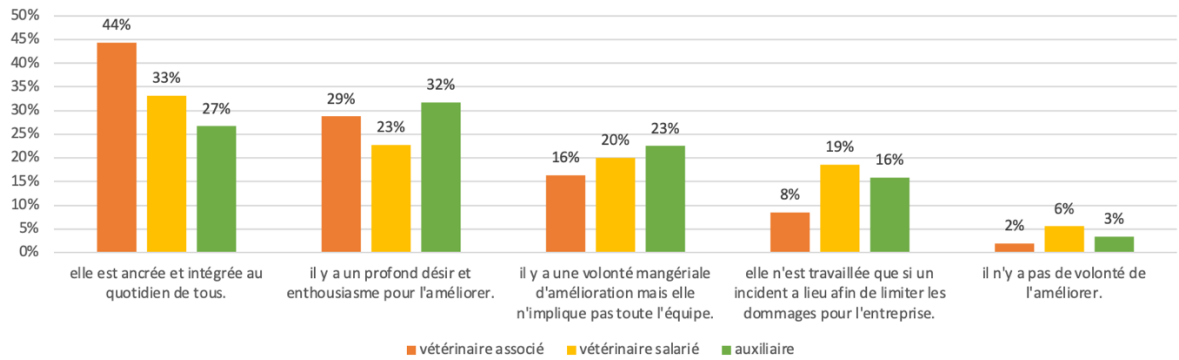


Figure 81 : Distribution de la priorité accordée à la sécurité par la structure, perçue par les soignants en fonction de leur métier et statut.

Les réponses positive à cette question sont légèrement inférieures aux résultats de la perception du sacrifice de la sécurité au profit de l'activité (64% en moyenne de positif contre 73%). Cela signifie que 9% des répondants estiment que la volonté managériale d'amélioration

mais n'impliquant pas toute l'équipe peut être perçu positivement par certains et négativement par d'autres. Cette question permet également aux répondants qui ne trouvent ni négatif ni positif la priorité accordé d'éviter les réponses neutres et d'exprimer leur position de façon plus objective.

Le format de la question selon l'échelle d'Hudson apporte donc davantage de nuance. La construction permet de mettre en avant la culture bureaucratique et la culture réactive qui, autrement, auraient été assimilées à du positif ou du négatif sans qu'on puisse les identifier. L'évaluation reste subjective mais s'appuie sur des critères objectifs (est-ce que toute l'équipe est impliquée ? l'amélioration est-elle toujours présente ? …).

Les résultats des deux approches sont complémentaires et utiles, notamment pour la conduite du changement. Si les soignants ne perçoivent pas une dimension comme négative ou problématique (exemple de la culture bureaucratique), il risque de ne pas s'engager. Néanmoins, l'approche par degré de maturité semble plus pertinente pour identifier justement les changements nécessaires pour sécuriser les soins.

3. Méthode d'analyse des résultats

a. Traitement des données

La construction des questions est telle que, pour chacune des dimensions, chaque proposition correspond à un niveau de maturité : pathologique, réactive, bureaucratique, proactive, générative. Chaque item spécifique a ainsi été associé à son degré de maturité pour homogénéiser le traitement des différentes dimensions.

Seule la culture juste ne possède pas le degré de maturité « bureaucratique ». La proposition du MaPSaF définit la culture juste bureaucratique à travers la phrase suivante : « Des protocoles/discours justes et ouvert pour assurer que les patients et staff soient soutenus en cas d'incidents sont écrits, mais en pratique ils ne sont pas utilisés ou connus. » Elle ne semblait pas adaptée à l'exercice vétérinaire, donc il a préféré être proposé « ne se prononce pas ».

Les cultures générative et proactive sont positives car elles reflètent une bonne considération des aspects liés à la sécurité dans la dimension considérée. Les cultures pathologique et réactive sont au contraire négatives, car elles reflètent un manque de considération de la sécurité, total ou limité aux crises lorsque des incidents se produisent. La culture bureaucratique est quant à elle « neutre ». Elle présente un niveau intermédiaire d'intégration de la sécurité avec une volonté managériale qui n'est pas bien diffusée sur le terrain. Les cultures ont été ainsi synthétisées en culture mature, immature et bureaucratique.

b. Analyse semi-quantitative

La culture n'est pas un item tangible de l'organisation que l'on peut isoler et observer. Elle émerge dans tous les aspects de l'organisation. Pour l'évaluer, il est donc nécessaire d'avoir un outil multidimensionnel[259] qui permet de considérer l'ensembles des aspects de la culture. Donner une note globale ou un score n'aurait donc pas de sens. Non seulement cela irait à l'encontre de la logique de l'évaluation de la culture de sécurité mais en plus les résultats

[259] Hale, 2000.

n'auraient pas de sens, certaines dimensions pouvant être très développées et d'autres non. Par exemple, dans l'étude menée, une moyenne générale exprimerait une culture organisationnelle de sécurité « globale » partagée à proportion égale entre culture réactive, proactive et générative. Pourtant, comme nous allons le voir, la culture réactive ne l'est que pour 2 dimensions sur 6 dans de très fortes proportions, et peu pour les autres.

Contrairement à l'approche quantitative, il n'y a pas de sens à donner une note moyenne par dimension. Vaut-il mieux une culture réactive, impliquant tout le monde mais qu'à des moments limités, ou une culture bureaucratique, existant en théorie mais n'étant quasiment jamais mise en application ? Les variables ne sont donc pas totalement ordinales. De plus, une moyenne ne permettrait pas de faire la différence entre une culture 100% bureaucratique, et une culture perçue à 50% positive et 50% négative.

Chaque dimension a donc été exprimée en pourcentage de type de maturité parmi les 412 répondants, puis parmi chaque sous-population (auxiliaire, vétérinaire associé, et vétérinaire salarié). Les résultats détaillés pour chaque dimension sont présentés en annexe 13.

4. Maturité de la culture organisationnelle de sécurité

On remarque deux profils de maturité des dimensions de la culture organisationnelle :

- La perception des erreurs, la priorité, la formation et la culture juste ont des distributions à peu près similaires marqués par une constance dans leur culture mature (36 à 37% de culture générative, et 23 à 34% de culture proactive).
- La gestion des erreurs et la communication auprès du public sont au contraire représentés essentiellement par une culture réactive, donc immature.

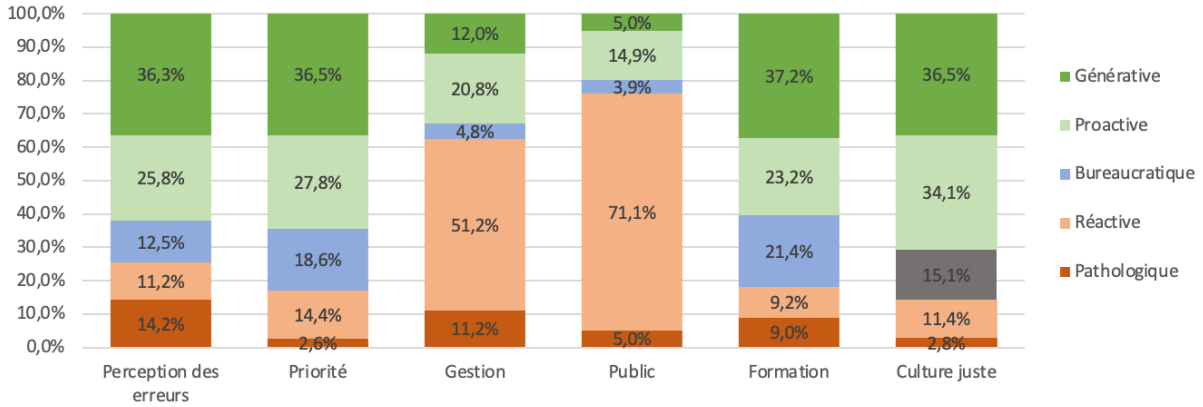


Figure 82 : Pourcentage des niveaux de maturité de la culture de sécurité organisationnelle par dimension selon l'échelle d'Hudson.

On peut brosser le portrait général de la culture organisationnelle des structures en France :

« Leur organisation possède un profond désir et enthousiasme pour améliorer la sécurité, voire un ancrage et une intégration de la sécurité au quotidien. Les erreurs sont traitées par le management comme une combinaison de facteurs individuels et systémiques, par rapport auxquelles chacun, individu comme organisation, est conscient de sa part de responsabilité. La culture des organisations est décrite comme juste avec un soutien voire un accompagnement du personnel lors d'événements indésirables. La formation continue est perçue par le

management comme utile pour répondre aux faiblesses individuelles et collectives, voire nécessaire, adaptable à chacun et aux enjeux flexibles.

Néanmoins, les structures vétérinaires ont du mal à traiter les événements indésirables liés aux erreurs. Elles cherchent généralement à trouver rapidement des solutions spécifiques à l'incident, essentiellement pour calmer les plaintes des clients. L'apprentissage permis par l'erreur semble donc limité. »

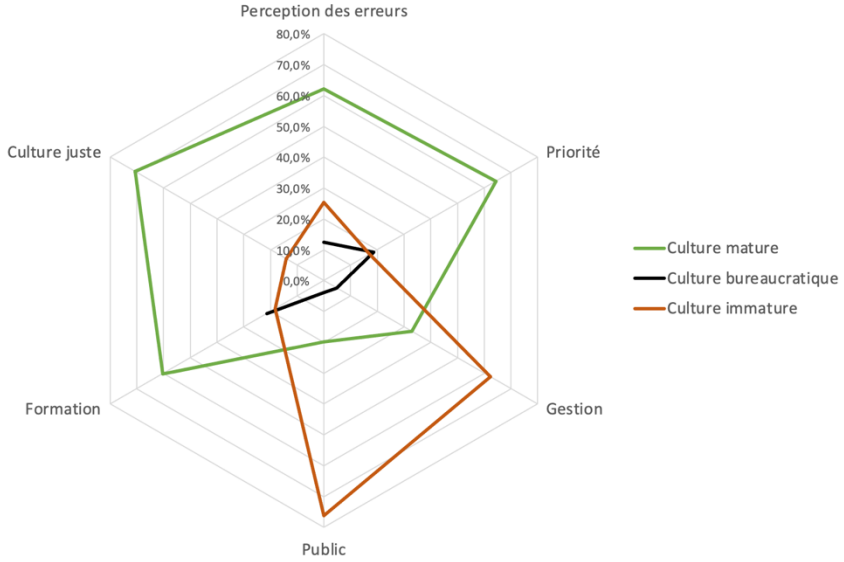


Figure 83 : Niveaux de maturité de la culture de sécurité organisationnelle par dimension.

a. Les dimensions à la culture organisationnelle mature

La limite entre culture proactive et intégrée est parfois floue, les deux étant positives et la culture proactive pouvant conduire à la culture générative. La différence réside dans le fait que la culture intégrée est plus aboutie que la culture proactive. La culture proactive cherche à améliorer en repérant et anticipant les défaillances alors que la culture intégrée a déjà intégré les conditions permettant la sécurité et cherche à les conserver. Il s'agit du stade le plus mature. La confusion est augmentée par d'autres approches comme celle du Keil Centre plaçant l'amélioration continue comme la culture la plus mature (voir annexe 14).

Plus des deux tiers des répondant témoignent de 4 dimensions matures : la priorité accordée à la sécurité, la perception des erreurs, la culture juste et l'intérêt de la formation continue. Ces quatre dimensions matures sont une force pour la sécurité des soins. En effet, placer la sécurité au cœur des préoccupations de l'organisation est essentiel pour que les ressources et moyens suffisants soient alloués et que les procédures soient pensées pour garantir la sécurité. Les mécanismes des erreurs sont globalement bien compris, et l'individu n'est pas tenu comme seul responsable. Une telle perception permet de s'améliorer en analysant les facteurs humains et organisationnels qui ont entraîné l'événement, plutôt que stagner en remettant la faute sur un individu. La culture juste favorise la responsabilisation des soignants et un climat de parole sain. Les problèmes sont donc plus facilement remontés, car ils ne vont pas entraîner de blâme ou réaction négative, ce qui permet une amélioration continue pour l'ensemble de l'organisation. L'utilité de la formation continue est perçue, et peut permettre de travailler les lacunes individuelles et d'équipes pour monter en compétences et améliorer la sécurité.

Le tiers restant des cliniques peuvent s'inspirer de ces cliniques. Un des objectifs du MaPSaF clairement exprimé est « d'aider à comprendre à quoi une organisation avec une culture de sécurité plus mature pourrait ressembler ». La comparaison entre cliniques peut être utile pour guider le changement en lui donnant une orientation et un « modèle » à atteindre.

b. Les dimensions à la culture organisationnelle immature

Les dimensions les plus immatures sont la gestion des événements indésirables et la communication auprès du public. Les autres dimensions peuvent parfois être réactives, mais dans des proportions plus faibles (entre 9 et 14%).

La culture réactive concerne la moitié des structures pour leur gestion et 71% d'entre elles pour la communication avec le public. L'analyse n'est pas réalisée en continue, ni ne fait l'objet d'un travail collectif régulier pour identifier les faiblesses. Le public n'est pas encouragé à signaler les événements indésirables et des efforts ne sont fait que si le client exprime une plainte.

Si les structures présentent un enthousiasme important pour la sécurité et l'amélioration continue, il semble qu'elles ne sachent pas comment le mettre en pratique au quotidien puisqu'elles n'agissent essentiellement que lorsqu'un événement indésirable a lieu. L'immaturité de la gestion et de l'approche des erreurs avec les clients peut révéler plusieurs freins.

D'une part, les managers peuvent ne pas savoir comment faire. De façon générale, le manque de compétences managériales a souvent été relevé dans la profession. De façon plus spécifique, les outils et méthodes, tels que les retours d'expériences, revues de morbi-mortalité ou encore les analyses des causes ne sont pas connus ou maîtrisés des vétérinaires français. Seulement 8% témoignent connaître des outils et méthodes, et 47% (n=409) témoigne avoir comme point faible la mise en place et le suivi des solutions[260]. On comprend ainsi aisément que les événements indésirables sont traités, des solutions peuvent être pensées, mais la mise en place et le suivi empêche l'intégration de la culture de sécurité au quotidien.

[260] Trois questions en fin de questionnaire visaient à évaluer les freins perçus par les répondants : la connaissance des outils et méthode de sécurité, les points faibles identifiés (QCM), et une question libre sur les besoins qu'ils ressentent pour s'améliorer. Ces questions ne font pas l'objet d'une partie à part entière mais appuient certains résultats observés.

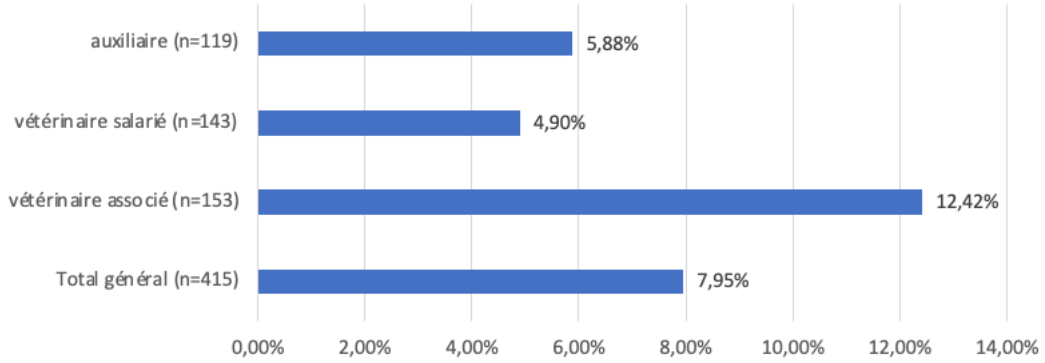


Figure 84 : Connaissance de méthodes ou outils de sécurité des patients en fonction du métier et statut.

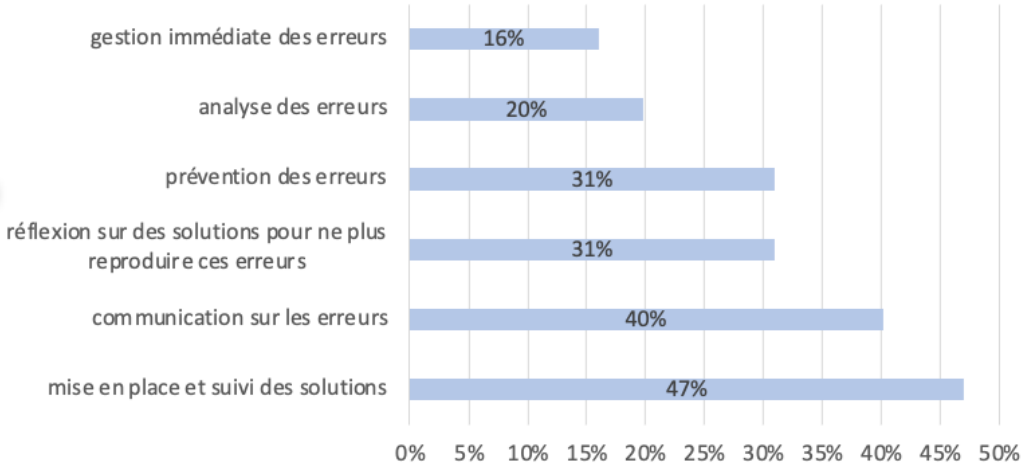


Figure 85 : Freins identifiés par les soignants pour améliorer la sécurité dans leur structure.

D'autre part, les managers peuvent ne pas avoir le temps de le faire. Bien qu'il soit de leur ressort d'adapter les ressources, dont le temps, il est fréquemment décrit le sentiment de dépassement et de débordement par l'activité de clinique. Dans cette étude, 41% des répondants témoignent un besoin d'une meilleure gestion des ressources et de la charge de travail. Le manque de temps ressenti au quotidien conduit à ne prenne le temps de s'occuper des problèmes liés à la sécurité que lorsque ceux-ci se manifestent par une plainte d'un client ou un événement indésirable. Il semble donc essentiel que les managers apprennent dégager du temps spécifiquement pour gérer la sécurité.

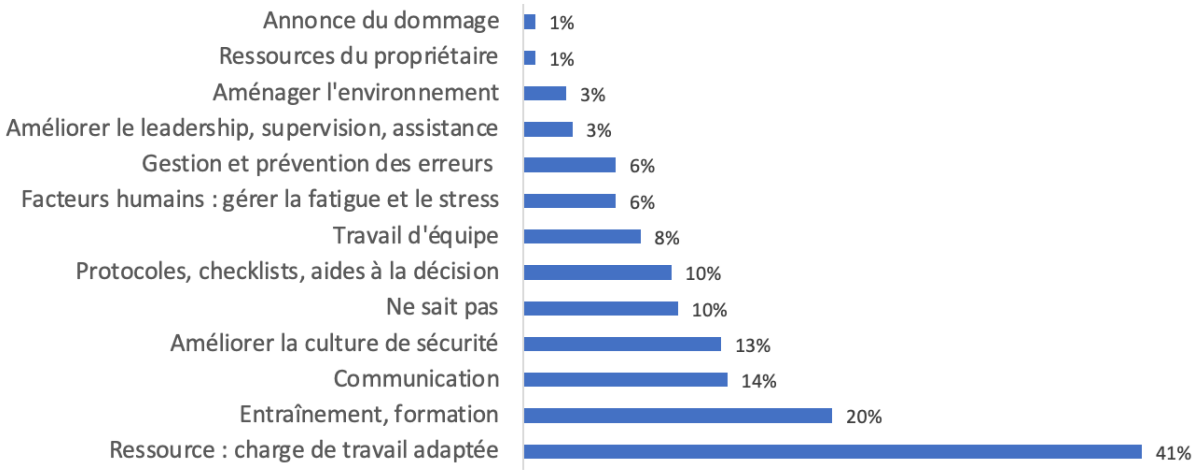


Figure 86 : Besoins identifiés par les soignants pour améliorer la sécurité dans leur structure.

Les témoignages de culture pathologique sont relativement faibles. Dans 14% des organisations, les erreurs sont perçues comme des aléas liés au patient ou des erreurs individuelles non contrôlables. Les erreurs ne pouvant être contrôlées, le système n'est pas pensé pour les prévenir et aucun apprentissage ne peut en être tiré. Cette idée préconçue exprime un fatalisme vis-à-vis des erreurs, qui empêche la sécurité. 9% perçoivent la formation continue comme une perte de temps et 11% cherchent à déterminer le coupable plutôt que d'analyser la situation pour s'améliorer.

c. Les dimensions à la culture organisationnelle bureaucratique

Si la formation, la priorité et la perception sont des dimensions essentiellement matures, elles sont parfois bureaucratiques. La gestion et le public sont rarement bureaucratiques (<5%).

21% des soignants estiment que leur management n'estime la formation continue que si elle rapporte en retour. Or la sécurité est difficilement chiffrable. Le bénéfice de la formation continue peut donc ne pas être perçu si les objectifs sont fixés en fonction de critères financiers.

La priorité accordée aux erreurs est dans 19% des cas perçue comme une volonté de la hiérarchie mais qui n'implique pas toute l'équipe. Une approche « top-down » peut engendrer de la réfraction et finalement ne pas avoir les résultats escomptés. Penser la sécurité doit être réaliser avec l'ensemble de l'équipe pour que le système soit adapté, et que les procédures aient une bonne adhésion et application pratique.

Enfin, 12,5% des répondants estiment que leur management tient un discours différent de ses actions par rapport à la perception des erreurs. S'il admet qu'elles sont le fruit de facteurs systémiques et individuels, le personnel a tout de même l'impression d'être jugé comme coupable. L'organisation n'assume pas bien la répartition de la responsabilité et la rejette sur l'individu, ce qui peut entraîner des dissimulations d'erreurs et empêcher l'amélioration de la sécurité.

5. Une différence marquée de perception de la maturité en fonction du du statut

Une grande variabilité apparaît en fonction du statut et métier du soignant.

Les formes des profils en fonction du métier et du statut sont à peu près identiques, hormis pour la perception des erreurs pour laquelle les auxiliaires estiment particulièrement une culture bureaucratique.

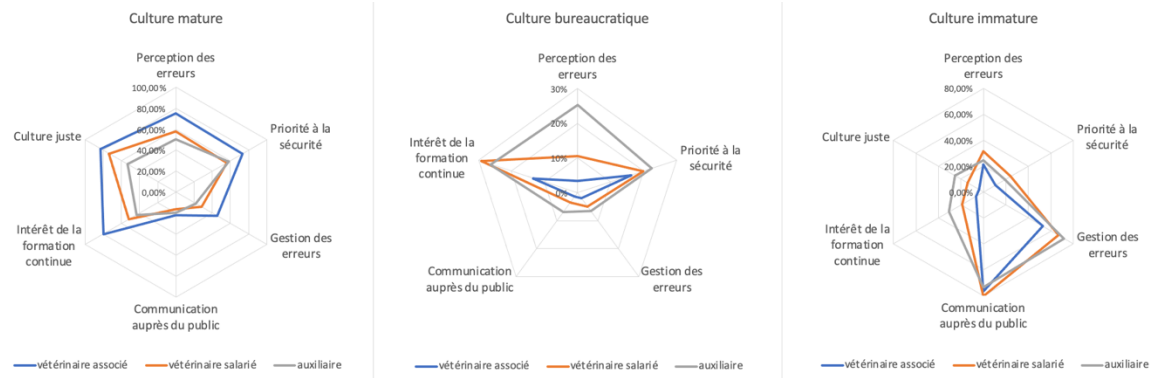


Figure 87 : Profils de la culture de sécurité organisationnelle en fonction du métier et du statut.

En revanche, les proportions de réponses varient beaucoup en fonction du statut. Seule la communication auprès du public fait consensus dans son immaturité.

Pour l'ensemble des dimensions, les associés perçoivent leur culture de sécurité organisationnelle comme beaucoup plus mature que les salariés (+19% en moyenne). Les auxiliaires vétérinaires sont celles qui ont une vision la plus négative de la culture de sécurité de leur organisation pour quasiment l'ensemble des dimensions. Les vétérinaires salariés ont une perception intermédiaire.

Le fait que les salariés (managés) aient une vision plus négative de la culture de sécurité organisationnelle que les associés (managers) démontre un manque d'intégration de la culture de sécurité organisationnelle. Cela peut s'expliquer par :

- Un échec dans la mise en place des actions : si les associés peuvent avoir des bonnes intentions et essayer de mettre en place des procédures, méthodes ou actions en faveur de la sécurité, elles peuvent ne pas diffuser jusqu'aux salariés.
- Un biais d'illusion positive des associés : il est possible que certains associés surestiment ses capacités à pouvoir anticiper correctement ses effets sur l'environnement, en l'occurrence sur la sécurité[261]. Cette sur-confiance managériale peut faire qu'ils ne voient pas ce qu'ils font de mal, d'autant plus s'ils n'ont jamais été confrontés par leurs salariés.

[261] Acker et Duck, 2008.

- Un biais de sélection du questionnaire : naturellement, les personnes qui décident de répondre un questionnaire, d'autant plus assez demandeur en énergie, sont des personnes attirées par le sujet. Ainsi, les associés sélectionnés peuvent être des associés particulièrement impliqués dans la sécurité, mettant en place une culture de sécurité organisationnelle plus intégrée que la moyenne. Au contraire, les salariés attirés par le sujet peuvent être des salariés vivant particulièrement mal les erreurs dans leur organisation du fait d'une culture organisationnelle plus pathologique que le moyenne. Il est donc possible que l'échantillon ne soit pas représentatif de la profession, et ait sélectionné davantage d'« extrêmes ».

Les différences entre les salariés en fonction du métier sont relativement faibles (6,2% en moyenne), sauf pour la culture juste. Il semble que les auxiliaires aient beaucoup plus l'impression d'être blâmées et dévalorisées que les vétérinaires salariés (+20%). Cela va de pair avec les constats relatifs à la culture d'équipe qui montrent que les auxiliaires sont les soignant qui peuvent le moins s'exprimer à propos de leurs erreurs et dont les erreurs sont les plus facilement pointées par les vétérinaires.

La formation est la dimension la plus perçue différemment. Les associés estiment qu'elle est utile et intégrée alors que les salariés estiment qu'elle est bureaucratique, valorisée uniquement si elle permet un retour sur investissement.

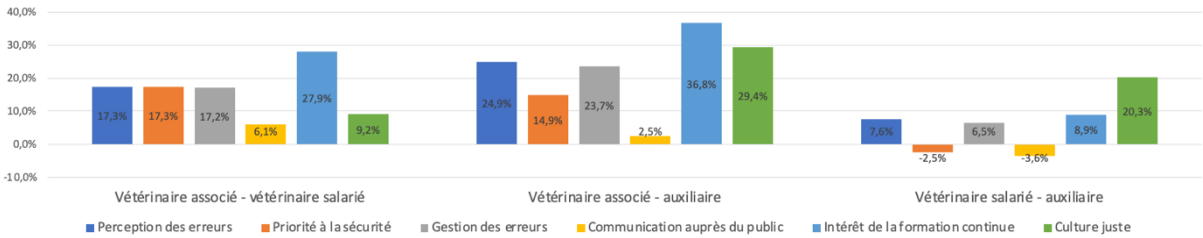


Figure 88 : Différences de perception de la culture de sécurité organisationnelle entre les populations.

V. Discussion et propositions

A. Synthèse des résultats

1. Perception générale du niveau de sécurité

Le niveau de sécurité des structures est bien évaluée par la majorité des soignants, avec seulement 13% des soignants ne l'estimant qu'acceptable ou faible.

Le travail en équipe est perçu comme n'altérant jamais la sécurité des soins par 40% des soignants. Un tiers estime qu'il altère parfois la sécurité des soins, et 13% estiment qu'il porte souvent atteinte à la sécurité.

2. Perception des erreurs

Au niveau des organisations, si les deux tiers des soignants estiment que leur structure perçoit les erreurs comme une combinaison de facteurs individuels et systémiques, un quart les perçoit comme le fruit d'aléas ou d'erreurs individuelles non contrôlables. Les associés disposent d'une vision plus positive que les salariés de la perception des erreurs dans leur structure (+19%).

3. Priorité

La sécurité est une priorité absolue pour les soignants (84%). Néanmoins, la moitié des soignants sont amenés à sacrifier la sécurité, du fait dans 80% des cas d'une mauvaise organisation du travail : charge de travail inadaptée, priorisation des urgences au dépit d'un autre animal, sacrifice pour conserver une qualité de vie au travail décente.

Les structures vétérinaires sont perçues par 63% des soignants comme ayant au moins un profond désir et enthousiasme pour la sécurité des soins. Les autres soignants estiment à part égale que la sécurité n'est placée au cœur des priorités qu'en cas de problème, ou qu'il y a une volonté managériale qui n'implique pas toute l'équipe. En somme, les problèmes de sécurité des soins ne sont perçus comme récurrents que par 6% des soignants, et 17% estiment que la sécurité peut être sacrifiée pour réaliser une plus grande activité.

4. Culture juste

La culture des organisations est décrite comme juste avec un soutien voire un accompagnement du personnel lors d'événements indésirables par près des trois quarts des soignants. Néanmoins, un soignant sur dix estime que sa structure détermine un coupable qu'elle dévalorise. En particulier, les auxiliaires se sentent beaucoup moins soutenues que les vétérinaires par leur équipe : un quart ne se sentent pas soutenues par leurs collègues vétérinaires salariés, et 44% par les associés. Les patrons sont perçus comme les plus négatifs envers leurs collègues. Le soutien est davantage présent entre collègue du même statut et métier.

5. Liberté d'expression

La liberté d'expression au sein des équipes est sujette à une grande variabilité entre les individus qui constituent l'équipe. Moins de la moitié des salariés se sentent suffisamment à l'aise avec l'ensemble de leurs collègues pour parler de leurs erreurs.

La barrière hiérarchique limite les échanges des patrons envers leurs salariés, et des salariés envers leurs patrons. Ainsi, seulement 58% des patrons parlent à l'ensemble de leurs salariés de leurs erreurs, et 10% n'en parle à aucun. Les auxiliaires se sentent les moins libres de parler de leurs erreurs à leurs patrons, avec un quart qui ne parle de leurs erreurs à aucun de leurs patrons. Alors que l'ensemble des soignants osent communiquer avec leurs collègues salariés lorsqu'elles constatent qu'ils commettent une erreur, les salariés osent moins lorsqu'il s'agit d'une erreur de leur patron. Le statut influence également la perception générale qu'ont les soignants de la liberté de parole régnant dans l'équipe. Les patrons sont 20% de plus que les vétérinaires salariés et 25% de plus que les auxiliaires à trouver que la parole est libre dans l'équipe.

6. Gestion des événements indésirables

Si les erreurs semblent bien gérées au niveau individuel, elles semblent moins être traitées au niveau de l'équipe et de l'organisation.

Individuellement, quasiment l'ensemble des soignants travaillent les erreurs fréquentes et potentiellement graves, et environ les trois quarts travaillent également les plus rares ou moins graves.

Collectivement, seulement 50% des soignants estiment que l'équipe se concentre plus sur le problème que sur l'individu, et 20% estiment que l'équipe se concentre surtout sur l'individu.

Au niveau des organisations, la moitié des soignants estiment que la gestion est réactive, par la recherche de solutions spécifiques en réponse à un événement indésirable.

7. Intérêt de la formation continue

Seulement la moitié des soignants considèrent leurs erreurs pour motiver leurs choix de formation continue. Un quart ne les prennent pas du tout en considération, et les patrons les considèrent moins. Les auxiliaires sont moins concernées par la formation continue.

Au niveau des structures, 60% estiment que la formation continue est perçue comme une opportunité pour répondre aux faiblesses individuelles et collectives mais un quart des salariés estiment qu'elle est perçue comme un investissement qui doit apporter des bénéfices en retours.

8. Communication au public

Les trois quarts des soignants perçoivent leurs structures comme cherchant avant tout à calmer les plaintes des clients. Moins de la moitié des soignants ont révélé leur erreur au client. Les motifs varient en fonction du sexe, du métier et du contexte. Pour les vétérinaires, les principales raisons sont la peur des conséquences, l'incertitude de l'erreur et la honte, alors que pour les auxiliaires, ce sont l'absence de gravité effective et l'influence d'un collègue. Les hommes cachent davantage pour motif que la gravité est déjà engagée. Quand l'erreur n'est pas grave, le fait qu'elle ne soit pas grave motive à cacher l'erreur pour la moitié des répondants. En revanche, lorsque l'animal décède, la peur des conséquences pousse un quart des répondants à cacher l'erreur et le fait que le pronostic était déjà engagé pousse 22% des répondants.

B. Limite et portée de l'étude

1. Une étude subjective avec des biais

Comme nous l'avons vu au fur et à mesure de l'étude des résultats, de nombreux biais influencent la perception des soignants.

Le biais de sélection du questionnaire peut avoir sur-sélectionné des soignants très engagés dans la sécurité ou au contraire rencontrant de gros problèmes de sécurité. Les résultats peuvent donc sur-représenter les comportements négatifs ou au contraire positifs.

Si la majorité des verbatims témoignés en commentaire libre sont positifs, tant sur l'objet d'étude que sur la construction du questionnaire (« Je trouve l'enquête très bien faite ! », « Bon questionnaire, équilibré. », « Bon courage pour analyser tout ça ! Digne d'une thèse universitaire »), un petit nombre soulève des faiblesses du questionnaire et donc un biais de réponse.

En particulier, pour la partie relative à la culture d'organisation un peu plus complexe, il est possible que la fatigue liée à la longueur de l'enquête ait pu entraîner les répondants à moins réfléchir à leurs réponses, ou à cocher davantage de réponses neutres. Le questionnaire était effectivement assez long, avec une médiane à 26 minutes. Les verbatims dans les commentaires libres l'expriment également : « Questionnaire long et assez compliqué mais le sujet n'est pas simple en même temps », « Un peu long ! », « questionnaire un peu trop long, j'espère qu'il y aura néanmoins suffisamment de réponses... ».

La longueur de l'enquête a limité le nombre de réponse comme l'illustre le mail suivant : « bonjour, j avais commencé à remplir votre questionnaire mais honnetement c est beaucoup trop long ; j ai du craqué à 4 ou 5 trucs de la fin mais j en pouvais plus, désolée ». Il dommage que l'outil Sphinx Declic ne permette pas d'obtenir les réponses partiellement complétées afin d'établir des statistiques de remplissage.

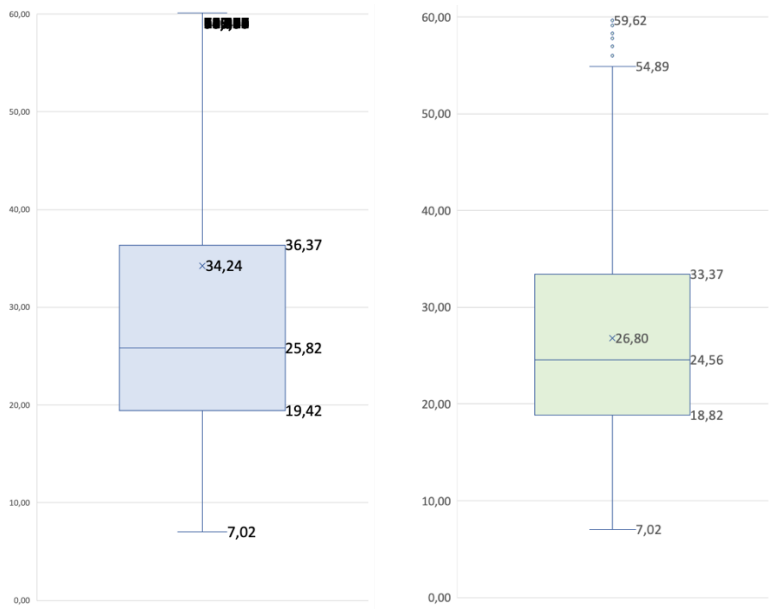


Figure 89 : Boxplots du temps de saisie en minutes pour les 479 réponses (bleu), et en enlevant les valeurs extrêmes supérieures à une heure (vert).

Malgré l'attention portée à la formulation des questions, la construction de certaines peut influencer les répondants dans leurs réponses. Par exemple, les questions portant sur le management ont pu être moins bien comprises, comme témoigné dans les commentaires libres : « Questionnaire assez complexe », « Les questions ne sont pas forcément facile à comprendre », « Pas évident de répondre à certaines questions ». De plus, le fait que l'évaluation de la culture de sécurité arrive en dernière partie, après le témoignage d'erreur peut assombrir l'image de culture de sécurité du répondant.

En particulier, le questionnaire s'est révélé inadapté à la pratique en exercice individuel. Certains vétérinaires exerçant seuls, ou avec seulement quelques auxiliaires, ont donc rencontré des difficultés pour répondre à certaines questions. Les remarques concernent la partie relative à la culture d'équipe et d'organisation, comme en attestent les verbatims suivants : « Pas de case dans votre questionnaire pour praticien libéral exerçant seul (en tant que vétérinaire). Vous semblez ne concevoir l'exercice de la profession que dans des structures à plusieurs associés », « questions peu adaptées pour un vétérinaire travaillant seul avec une seule asv », « Je travaille seule et me suis mise en « véto associée » car vous ne semblez pas tenir compte des vétos solos comme mou, ça m'a gêné pour certaines questions », « vous vous adressez plus à des grosses structures qu'à un véto isolé. »

Les résultats ne sauraient donc attester de la culture de sécurité réelle des structures vétérinaires, mais plutôt le climat de sécurité perçu par les soignants. Bien que les termes se retrouvent de façon interchangeable dans la littérature, la culture renvoie au valeurs profondes et ancrée, alors que le climat est une « photographie, prise à un moment donné de la vie d'une organisation, des diverses perceptions que les personnels ont au sujet de la sécurité »[262]. Les réponses étant obtenues par questionnaire auto-administré sont nécessairement subjectives. Elles ne reflètent que le niveau psychologique (« ce que les gens ressentent ») du modèle de

[262] Fucks, 2012.

Cooper (2000). Les faiblesses identifiées sont donc des faiblesses perçues, et ne peuvent être confrontées dans cette étude entre les différents acteurs de la structure ni à des comportements observés. Les résultats ne sont donc pas une mesure objective qui s'imposent à l'ensemble de la profession comme une vérité.

2. Un diagnostic utile

Si le subjectif peut heurter les scientifiques « durs » que nous sommes, habitués à fonder nos décisions sur de l'evidence-base medicine et des études de cohorte en double aveugle, il n'en demeure pas moins riche d'apprentissages.

Dans une logique expérimentale, l'observation est la première étape pour formuler des hypothèses[263]. Alors que le phénomène est peu étudié en médecine vétérinaire, le diagnostic est une première étape nécessaire qui permet de formuler des pistes de recherche pour poursuivre l'étude de la culture de sécurité en apportant davantage de subtilité, profondeur et nuance.

Dans une logique transformative, le diagnostic est un « objet intermédiaire, qui doit être communiqué aux acteurs concernés, mis en débat, précisé et amendé pour parvenir à un diagnostic largement partagé, point de départ d'un processus de changement »[264]. Aucun item n'a eu 100% de parfait, montrant qu'il existe toujours une marge de progression. De plus, des différences de perceptions marquées existent en fonction du métier et du statut suggérant que la vision que l'on a de la culture de notre organisation n'est peut-être pas partagée par nos collègues. Ce travail peut donc servir de dialogue et de base de travail collective pour les structures souhaitant interroger la sécurité de leur pratique et identifier les faiblesses spécifiques à leur structure.

[263] Grelley, 2012.
[264] ICSI, 2017.

C. Discussion et propositions

Catherine Oxtoby illustre parfaitement dans la conclusion de sa thèse[265] le contraste entre l'intérêt porté à la sécurité des soins et le manque de structuration de la matière dans la profession que l'on retrouve dans notre étude. Bien que le domaine de la sécurité des patients n'existe pas formellement et que le manque de recherche et d'attention aux accidents médicaux pourrait être qualifié de négligence, ceux qui travaillent dans la profession savent cependant que ce n'est pas toujours le cas : « Tout en reconnaissant la qualité, la conscience et le dévouement absolu de l'écrasante majorité de la profession, cette thèse a démontré des lacunes dans les connaissances et les compétences qui peuvent avoir une profonde influence sur la qualité des soins vétérinaires et les résultats pour les patients. »

L'étude de la culture de sécurité dans la profession vétérinaire française témoigne de forces importantes. La sécurité globale perçue par les soignants est bonne. Quatre des six dimensions étudiées sont essentiellement matures. Néanmoins, certaines faiblesses sont remontées par une telle proportion de vétérinaires et auxiliaires qu'elles méritent une attention particulière pour s'améliorer, à l'échelle des cliniques mais également de la profession.

1. En finir avec la culture fataliste

Un quart des organisations sont perçues comme traitant les erreurs comme le fruit d'aléas ou d'erreurs individuelles non contrôlables. Au niveau des équipes, 20% se concentreraient davantage sur l'individu que sur le problème. Ces résultats, bien que minoritaires, reflètent la conviction de certains soignants dans la profession que les erreurs sont « la faute à pas de chance », ou le fruit de défaillances individuelles, incontrôlables.

Une telle perception ne permet qu'une amélioration limitée du niveau de sécurité. L'ensemble des chercheurs en psychologie cognitive s'accordent pour dire que la majorité des erreurs surviennent en situation de routine, et non pas du fait de défaut de compétences. Les industries à haut risque comme le nucléaire ou l'aviation ont compris depuis plusieurs décennies que pour sécuriser davantage les pratiques, il est nécessaire d'acquérir une vision systémique des erreurs, en identifiant les facteurs humains et organisationnels plutôt qu'en se focalisant sur la détermination d'un coupable ou l'acquisition de compétences techniques supplémentaires. En médecine humaine, bien que des débats subsistent sur l'incidence des événements indésirables évitables, il est également acquis que les compétences techniques ne suffisent pas à garantir un bon niveau de sécurité.

La profession vétérinaire, pour sécuriser les pratiques, doit donc en finir avec la vision fataliste des erreurs. L'éducation aux facteurs humains et le partage des erreurs peut permettre d'éradiquer ses pensées. De nombreux acteur ont un rôle à jouer pour sécuriser les soins à l'échelle de la profession.

Les sociétés savantes édictant des bonnes pratiques et proposant des formations et conférences exercent une forte influence sur les pratiques. Au Royaume-Uni, la sécurité des soins fait depuis 2021 l'objet d'un thème à part entière au congrès du BSAVA[266] et le RCVS Knowledge dispose d'une rubrique entière dédiée[267].

---

[265] Oxtoby, 2017.
[266] https://www.bsavalibrary.com/content/book/10.22233/9781913859008#chapters
[267] https://knowledge.rcvs.org.uk/quality-improvement/

Les acteurs de l'assurance sont particulièrement pertinents pour sensibiliser les structures puisque le risque est au cœur de leur business model. Malgré certaines craintes persistantes[268], le saisissement du sujet par les assurances présente un gain certain (réduction des frais liés aux sinistres, développement de services) comme le démontre l'investissement de VDS[269] au Royaume-Uni ou de multiples acteurs en médecine humaine[270].

La recherche devrait également se saisir du sujet. Des études de cas portant sur des erreurs dans la littérature devraient également cesser de n'envisager les erreurs que par un manque de compétence et intégrer les facteurs humains et organisationnels à leur analyse[271].

Enfin, la formation initiale a un rôle primordial à joueur pour sensibiliser les futurs vétérinaires et auxiliaires à cette thématique. Alexander-Leeder (2022) a montré que la plupart des étudiants expérimentent une erreur associée aux soins avant la fin de leur scolarité. Certains adoptent déjà une attitude résignée face aux erreurs, et 44% des étudiants interrogés pensaient que les erreurs étaient dues à des négligences. La formation initiale est donc primordiale pour lutter contre l'installation d'idées préconçues et fatalistes vis-à-vis des erreurs[272].

Ces observations rejoignent la recommandation n°1 formulée dans la section 1 : diffuser, faire connaître et sensibiliser les soignants sur le sujet des erreurs et la sécurité des soins pour lutter contre les idées préconçues et favoriser la prise de conscience de l'importance de la prévention (notamment par l'analyse des presqu'accident).

Recommandation n°11 : Intégrer la sécurité des patients et les facteurs organisationnels et humains à la formation initiale et dans la recherche en médecine vétérinaire.

[268] Woolrich, 2021.
[269] https://www.vds-vetsafe.co.uk/
[270] On peut donner comme exemple la MACSF qui met à disposition de nombreuses ressources à travers le site de La Prévention Médicale.
[271] Par exemple, en anesthésie, voici deux études de cas avec deux approches opposées : Kennedy et al., 2014. Paterson et al., 2021.
[272] Alexander-Leeder et al., 2022.

2. D'une culture de métier à une culture intégrée

a. Une culture de métier forte

La grande majorité des soignants ayant répondu à cette enquête témoignent d'une réelle volonté de s'améliorer. Plus des trois quarts travaillent individuellement leurs erreurs pour ne plus les commettre. Les soignants la place naturellement au cœur de leurs valeurs, et la majorité témoignent d'un climat de bienveillance. L'engagement dans la sécurité des soins est une force pour la sécurité des soins à souligner.

En revanche, le travail ne semble pas tellement être une démarche collective et organisationnelle dans la profession puisque seulement la moitié des répondants estime que leur équipe se concentre sur le problème plus que sur l'individu, que la gestion par le management est réactive, et qu'il leur arrive de sacrifier la sécurité du fait, essentiellement, d'une mauvaise organisation du travail. L'étude de Ling (2021) sur l'amélioration continue de la qualité dans la profession vétérinaire[273] soulève le même constat : une forte volonté individuelle qui se heurte à un manque d'engagement organisationnel.

Ces observations témoignent d'une culture de sécurité de métier, telle que la définit Marcel Simard[274] : les soignants développent « des savoir-faire de prudence pour se prémunir des risques de leur métier, les perfectionnent et se transmettent ces acquis de génération en génération » mais le management est peu impliqué.

Une telle culture risque d'engendrer l'épuisement des professionnels, comme le témoigne ce commentaire libre : « Je ne crois pas en avoir fait beaucoup, au prix de 2 burn out. [...] Je me rappelle aussi de la terreur d'en faire une lorsque je travaillais 70 à 84h par semaine durant 4 mois. ».

De plus, elle limite la sécurisation des soins puisque les facteurs organisationnels contribuant aux erreurs ne sont pas changés, alors qu'ils sont démontrés comme des causes d'erreurs (par exemple : le manque de supervision, un manque de ressources humaines[275], les préférences de travail individuelles des différents chirurgiens ou encore de trop nombreuses transmissions du fait d'un travail à mi-temps[276]). Il serait illusoire de penser pouvoir éviter les erreurs en accumulant de la fatigue et en travaillant à un rythme effréné. La sécurité ne peut pas reposer que sur les épaules des seuls soignants, mais doit être pensée à l'ensemble des niveaux de la structure.

b. Engager l'ensemble de l'équipe

Atteindre une culture de sécurité intégrée présuppose « la conviction, partagée dans l'organisation, que personne ne détient seul l'ensemble des connaissances nécessaires pour assurer de bonnes performances en matière de sécurité. »[277]. Elle présuppose de lutter contre l'idée préconçue que l'erreur serait due à un défaut de compétence, rejoignant la préconisation précédente, et le partage d'une vision commune. Cette notion de partage est le fondement

[273] Ling et al., 2021.
[274] ICSI, 2017.
[275] McMillan et al., 2017.
[276] Kinnison et al., 2015.
[277] ICSI, 2017.

d'une culture d'équipe et d'organisation. Pour que les démarches engagées dans la sécurité soient fructueuses, il faut qu'elles obtiennent l'adhésion de l'ensemble de l'équipe, et qu'elles traitent l'ensemble de l'équipe de la même manière. Les définir collectivement assure qu'elles soient applicables, en étant adaptées aux conditions réelles éprouvées par tous, et répondent aux problématiques perçues par l'équipe.

Or cette étude relève un manque d'intégration de l'ensemble de l'équipe dans la sécurité. D'une part, la vision de la culture de sécurité des patrons est toujours plus positive que celle des salariés, qui la trouvent davantage bureaucratique. Si, comme souligné précédemment, cet écart peut être en partie dû à des biais, l'écart est si important (+20%) qu'il est probable qu'une réelle différence de perception existe entre les salariés et les patrons, d'autant plus que des constats similaires ont été faits en médecine humaine et dans la profession vétérinaire[278]. D'autre part, la parole dans l'équipe est limitée par des variations individuelles. Moins de la moitié des salariés suffisamment à l'aise pour parler de leurs erreurs avec l'ensemble de leurs collègues et un quart ne s'estime pas soutenu par leur équipe. Une différence de traitement apparaît en fonction du statut et du métier. En particulier, les auxiliaires semblent traitées moins justement que les vétérinaires.

Il est donc important que les soignants aient à l'esprit qu'ils sont soumis à des heuristiques qui biaisent leur perception des situations dans lesquelles ils se trouvent, et limite leur perception de la culture de sécurité régnant dans leur organisation. Des efforts engagés pour la sécurité peuvent être perçus comme très positifs par les patrons, mais comme de la simple bureaucratie, n'engageant pas le reste de l'équipe, par les salariés. Ouvrir le dialogue au sein de l'équipe peut permettre de voir comment chacun vit au quotidien la sécurité et de développer une culture partagée et sans variation entre les individus. L'ensemble des soignants exerce son métier avec la volonté de bien faire. Travailler à améliorer la sécurité replace cet objectif commun au cœur de la mission de la structure, et peut en plus d'améliorer la sécurité, renforcer la cohésion d'équipe.

Recommandation n°12 : Instaurer le dialogue dans l'équipe pour définir ensemble une vision commune de la sécurité, la stratégie de sécurisation des soins et traiter l'ensemble de l'équipe de la même manière.

c. Penser la sécurité dans l'ensemble des activités

Une fois la conviction acquise et partagée, il est nécessaire de penser la sécurité dans l'ensemble des activités plutôt que de la panser après un accident. Or, la gestion semble à l'heure actuelle essentiellement réactive.

Accorder du temps et de l'énergie

Une gestion intégrée présuppose un réel engagement des structures dans la sécurité, en y accordant les ressources nécessaires. Il s'agit surement de l'étape la plus challengeant pour les vétérinaires.

[278] Love (2021) constate une perception plus positive de la part des professeurs de la faculté que du personnel soignant.

Les structures pourraient être découragées à l'idée que choisir la sécurité se ferait au dépend des ressources économiques. Pourtant, le coût des erreurs en médecine humaine a été évalué par l'OCDE à 10% des dépenses hospitalières totales (sans compter les indemnisations, et le coût humain)[279]. Bien qu'aucune étude n'existe sur le sujet en médecine vétérinaire, il est probable que l'investissement dans la sécurité représente, contrairement aux idées reçues, un gain économique pour les structures.

Comme le soulève Ling (2021), les structures ont du mal à accorder du temps et de l'énergie à l'amélioration continue.

D'une part, les vétérinaires sont habitués depuis l'école à travailler fatigués, stressés, en dépit de contraintes fortes, comme le souligne Armitage-Chan (2016) qui a essayé de caractériser leur identité professionnelle : le vétérinaire « prend des décisions cliniques face aux besoins concurrents des parties prenantes et travaille dans un environnement complexe comprenant des défis multiples et divers (stress, émotions fortes, problèmes financiers, équilibre travail-vie personnelle) »[280]. Néanmoins, il semble que « la nouvelle génération » soit en quête d'une bonne qualité de vie professionnelle et personnelle, rompant avec l'identité traditionnellement décrite et la posture sacrificielle. Le travail se trouve nécessairement transformé par ces nouvelles attentes.

D'autre part, les vétérinaires font face à de nombreux freins qui compliquent l'allocation de ressources à la sécurité : difficultés de recrutement, lynchage des vétérinaires face aux prix des actes, permanence et continuité des soins (PCS)[281], manque de temps… Cependant, une levée de ces freins semble possible, voire déjà en cours. Des solutions voient le jour pour diminuer les pressions liées à la PCS comme la coopération entre cliniques ou le développement de structures spécialisées dans la gestion des urgences. Une externalisation des tâches chronophages pour se concentrer sur le cœur de son métier se font par le biais des groupes mais également de structures d'appui comme les régulations de standard téléphonique. Enfin, les dialogues sur les groupes d'échanges entre vétérinaires témoignent d'une aisance croissante à limiter le nombre de clients et augmenter les prix, pour avoir un rythme de travail adéquat tout en conservant de bons rendements économiques. Accorder du temps à la sécurité implique donc de repenser l'organisation des structures, voire de rompre avec certaines façons de faire.

Se former au pilotage de la sécurité

Le travail sur les erreurs est en dent de scie, impulsé par les événements indésirables mais sans durabilité dans le temps. Ce constat constate avec l'observation faite dans la première partie de cette thèse : une majorité des erreurs du quotidien ne sont pas nouvelles. La moitié des soignants estiment qu'ils rencontrent des difficultés dans la mise en place et le suivi des solutions. Cela témoigne de lacunes dans les connaissances et les compétences relatives à la sécurité, et à la conduite de gestion de projet.

[279] Green et al., 2017.
[280] Armitage-Chan et al., 2016.
[281] Adin et al., 2018.

La difficulté à implémenter des changements dans le temps est également soulignée par la littérature[282]. Il s'agit d'un challenge rencontré par tout manager, si bien qu'il constitue le fondement des principes d'amélioration de la qualité[283]. La démarche d'amélioration continue comporte 4 phrases représentées par la roue de Deming :

- planifier et préparer le travail,
- faire, réaliser et exécuter,
- vérifier les résultats,
- agir et corriger.

La difficulté n'est pas tant d'identifier les causes des problèmes, et de concevoir des solutions. L'enjeu réside dans l'effectuation : la mise en place, et le suivi. Se former à piloter la sécurité est donc un enjeu majeur. Par où commencer ? Comment faire ? Comment assurer du bon suivi dans le temps ? Ces questions trouvent leurs réponses dans des outils transversaux de gestion de projet ainsi que dans des méthodes de gestion des risques.

De nombreuses ressources et formations existent pour se former. Certaines sont spécifiques à la sécurité des soins comme le BSAVA qui depuis 2021[284] possède une rubrique entière dédiée, ou le RCVS knowledge[285] qui met à disposition de nombreuses ressources au sein d'un onglet spécifiquement dédié à l'amélioration continue. De nombreux articles relatifs à l'audit clinique[286], la gouvernance clinique[287] et la mise en place d'un plan d'action[288] insistent sur les méthodes pour mettre en place des changements durables. En France également les associations et revues donnent des clés pour mettre en place le changement. Le thème de l'effectuation était par exemple le thème du congrès d'Ergone en 2022[289]. Les vétérinaires se forment donc au management[290], l'apprentissage de la conduite de projet doit continuer.

Pour décider des actions à mettre en place, différentes approches sont possibles : commencer par les événements indésirables les plus graves ou au contraire s'intéresser aux défaillances latentes, travailler les erreurs les plus fréquentes, démarrer par les plus faciles à mettre en place, réaliser un audit clinique, … Plutôt que de recommander l'une ou l'autre des méthodes, il semble important que la stratégie adoptée par les structures soit décidée collectivement, avec l'ensemble de l'équipe, en fonction de ce qui lui semble le plus important. Cette recommandation rejoint la proposition précédante.

Dans les témoignages, le principal frein identifié à la sécurité est l'inadaptation de la charge de travail à l'activité, chronique (planning surchargé, manque de personnel constant…) ou ponctuelle (obligation de sacrifier la sécurité de certains soins pour s'occuper d'une urgence). L'inadaptation des ressources humaines à l'activité est également relevée dans l'étude de Love

[282] Kieffer et al., 2017.
[283] https://www.iso.org/fr/iso-9001-quality-management.html
[284] https://www.bsavalibrary.com/content/book/10.22233/9781913859008#chapters
[285] https://knowledge.rcvs.org.uk/quality-improvement/
[286] Waine et Brennan, 2015.
[287] Viner, 2010.
[288] Hocking et at., 2020.
[289] https://ergone.org
[290] Padiolleau, 2011.

(2021)[291] et mise en avant comme cause d'erreur par plusieurs études[292][293][294]. Une première action efficace pour sécuriser les soins semble donc résider dans le rééquilibrage des ressources, contraintes et sécurité. Là encore, des stratégies sont possibles malgré les freins comme les difficultés de recrutement, et dépendent de la priorité que l'on accorde à la sécurité (voir paragraphe suppra).

Recommandation n°13: Apprendre à piloter la sécurité, en lui accordant du temps et en se formant. Un enjeu majeur est de s'assurer que l'organisation du travail au sein des structures permet des conditions favorables à la sécurité. Une attention particulière doit être accordée à la mise en place et au suivi des actions de sécurisation des soins.

3. Abaisser le gradient d'autorité

Le gradient hiérarchique limite la libération de la parole. Si l'expérience et la hiérarchie permettent de minimiser les erreurs, un excès d'autorité peut au contraire la détériorer[295].

a. De patron à salarié

L'étude montre qu'un quart des auxiliaires ne sont pas à l'aise pour parler de leurs erreurs avec leurs patrons, et les cachent donc potentiellement. De tels comportements altèrent la sécurité en limitant la récupération possible d'erreurs et l'apprentissage. Près d'une auxiliaire sur 5 n'ose pas dire au vétérinaire associé lorsqu'elle constate qu'il commet une erreur. La sécurité du système est donc amoindrie avec une barrière de sécurité en moins (l'auxiliaire) et un contrôle croisé impossible[296]. L'impact négatif du gradient d'autorité se retrouve également, mais dans une plus faible intensité, pour les vétérinaires salariés envers les vétérinaires associés. Love (2021) relève également cette difficulté à questionner les décisions et actions d'un supérieur hiérarchique[297].

La relation hiérarchique se manifeste donc par un gradient d'autorité fort, en particulier envers les auxiliaires. Si ce gradient peut être explicite, il est souvent implicite. Si un salarié fait remonter plusieurs fois une erreur et n'obtient pas de réponse, voire se fait blâmer, il va naturellement arrêter de le faire. Cette situation se rencontre également lorsque les actes sont en désaccord avec les paroles. Bien que le patron encourage la déclaration des erreurs, s'il réagit mal, le salarié finira par se taire.

L'enjeu est donc de permettre à chacun d'intervenir et de témoigner sans crainte de la hiérarchie lorsque la sécurité des patients est en jeu, sans pour autant supprimer les relations hiérarchiques ou partager à part égale la responsabilité des actes[298]. Abaisser le gradient d'autorité a démontré son impact pour améliorer la sécurité. En aviation, le Crew Ressource

[291] Love et al., 2021.
[292] McMillan et Lehnus, 2017.
[293] McMillan et Lehnus, 2022.
[294] Kinnison et al., 2015.
[295] Cosby et Croskerry, 2004.
[296] Renouard et Raynal, 2019.
[297] Love et al., 2021.
[298] https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Lutter-contre-le-gaspillage-dans-les-systèmes-de-santé-Synthèse.pdf

Management a intégré cette dimension en encourageant la prise en compte des remarques, des doutes de l'équipage et même en les encourageant activement[299]. En médecine humaine également, l'abaissement du gradient d'autorité est également incité depuis le célèbre rapport *To err is human*.

Le faire en médecine vétérinaire nécessite une évolution des attitudes et comportements. La part importante de responsabilité du chef d'entreprise se manifeste par une vision déséquilibrée des rôles de chacun dans la sécurité. L'ancrage de la hiérarchie dans la culture française est d'autant plus fort dans la profession vétérinaire où le respect des « anciens » est souligné dès l'école. Les relations doivent donc glisser vers des bases de confiance, où l'ensemble des acteurs peuvent contribuer pour la sécurité.

b. De vétérinaire à auxiliaire

Le gradient d'autorité ne concerne pas que les patrons envers les salariés, mais également les vétérinaires envers les auxiliaires. Un quart de ces dernières ne se sentent pas soutenues par leurs collègues vétérinaires, alors que tous ne rencontrent aucune difficulté à leur faire remarquer leurs erreurs. Les auxiliaires présentent pour l'ensemble des items une perception plus négative de la culture de sécurité organisationnelle. Cette observation rejoint la littérature. Une étude du RCVS a montré qu'un tiers des auxiliaires ressentaient un manque de respect de la part des vétérinaires envers elles[300]. L'évaluation de la culture de sécurité au sein d'une école vétérinaire par Love (2021) souligne également cette dépréciation des auxiliaires[301]. La dégradation des relations interprofessionnelles[302] et les défauts d'appréciation des auxiliaires par les vétérinaires ont été relevés dans d'autres études[303] et s'instaurent dès l'école[304].

L'acquisition d'un statut de profession réglementée dans les pays anglosaxons a permis d'améliorer leur perception au sein des structures vétérinaires. En France, leurs missions demeurent souvent dévalorisées, bien qu'un vent actuel semble favorable à la délégation des tâches et leur prise d'autonomie. Au-delà d'une influence institutionnelle, les vétérinaires devraient prendre conscience du rôle majeur que présente les auxiliaires dans la sécurité. Une erreur ne suffit pas à elle seule pour entraîner un événement indésirable. L'équipe contribue beaucoup[305] en augmentant le risque d'erreur, mais également en rattrapant et récupérant les erreurs quand elles ont lieu. Bien que les auxiliaires ne disposent pas des mêmes connaissances médicales, leur expérience les rend propices à repérer les déviations qui sortent de la routine. Il est donc essentiel que les vétérinaires changent de regard envers les auxiliaires et leur permettent une communication aussi ouverte que leurs collègues vétérinaires, bien qu'ils conservent une responsabilité plus importante quant aux soins prodigués aux animaux.

Recommandation n°14 : Abaisser le gradient d'autorité, en particulier envers les auxiliaires, pour favoriser la libération de la parole et la contribution de chacun à la sécurité des soins.

[299] Nivet, 2014.
[300] Robinson et al, 2014.
[301] Love et al., 2021.

[302] Gourdet, 2015.
[303] Hayes et al., 2020.
[304]Kinnison et al., 2014.
[305] McMillan et Lehnus, 2022.

4. Annoncer les dommages liés aux soins

Les trois quarts des soignants estiment que l'objectif principal des structures est de calmer les plaintes des clients. Individuellement, les réticences s'expliquent par des motifs qui varient en fonction de la gravité, et qui font échos à ceux relevés par des études en médecine humaine[306].

L'intérêt de l'annonce quand l'erreur n'a pas eu de conséquence est majoritairement perçu comme limité. L'intérêt de dévoiler les erreurs n'ayant pas entraîné de dommage est discutable et davantage questionné par les professionnels de santé. L'obligation légale d'annonce des événements indésirables en médecine humaine ne concerne d'ailleurs que les événements ayant entraîné un dommage, les erreurs sans conséquences et presqu'incidents ne sont donc pas obligés d'être dévoilés[307]. Cependant, dévoiler les erreurs peu graves est une attente de la plupart des clients, et peut servir à consolider la confiance à travers une culture de la transparence[308].

Concernant le dévoilement des erreurs graves, le principal frein est la peur des conséquences, et en particulier pour les hommes, le fait que le pronostic déjà engagé. Ces difficultés se retrouvent chez les soignants en médecine humaine. Les peurs ressenties sont pourtant non fondées. Les recherches ont montré que parler des erreurs permet au contraire de renforcer la confiance du public et d'apaiser les clients[309]. Lors d'une erreur grave, les poursuites juridictionnelles sont davantage engagées lorsque le client ressent qu'on lui cache quelque chose ou que les discours de l'équipe sont discordants. Contrairement aux idées reçues, dévoiler l'erreur n'est pas reconnaître sa responsabilité et permet de réduire la dureté des sanctions[310]. Les clients sont particulièrement sensibles à l'expression d'empathie de la part du praticien, à l'expression de regret et au fait qu'il s'engage dans une démarche d'amélioration continue pour faire en sorte que cette erreur ne se reproduise plus[311].

Cette étude soulève également le manque de savoir-faire pour gérer ces situations délicates. Gérer l'annonce de l'erreur est d'autant plus compliqué qu'elle s'ajoute à la charge mentale des soignants qui doivent aussi gérer les complications médicales, leurs émotions, l'équipe, les demandes de réponses du client et le reste de la journée. Dévoiler une erreur ne s'improvise pas. La HAS recommande dans son manuel de certification V2010[312] que « *l'établissement [soit] préparé à assurer l'information du patient dans les meilleurs délais et dans un contexte où l'équipe soignante est elle-même affectée et la confiance du patient potentiellement ébranlée ».* Pour s'y préparer, des guides existent[313] et les compagnies d'assurance peuvent également aider.

Ainsi, bien que les études spécifiques au dévoilement des erreurs manquent dans la profession vétérinaire, les soignants devraient confronter leurs peurs aux bénéfices observés du

[306] Par exemple : Ast, 2013.
[307] Art.1142-4 du Code de la santé publique
[308] Chamberlain et al., 2012.
[309] Gallagher et al., 2003.
[310] Schwappach et al., 2004.
[311] HAS, 2011.
[312] HAS, 2010.
[313] Voir par exemple : Davidow, 2021.

dévoilement des erreurs, et s'y préparer en amont pour ne pas être pris au dépourvu sur le moment.

Recommandation n°15 : confronter ses freins au dévoilement des erreurs aux bénéfices mis en avant par la littérature et se préparer à l'annonce des erreurs, au moins pour les graves.

Une synthèse des 15 recommandations est présentée en annexe 15.

Conclusion

« Démêler le principe et la cause d'une maladie à travers la confusion et l'obscurité des symptômes (...) prévoir les évènements avantageux et nuisibles qui doivent survenir au cours de sa durée (...) se décider avec assurance devant plusieurs méthodes de traitement (...) gouverner les moments favorables (...) calculer les hasards », telle est la prise de risque inséparable de la pratique médicale, dépeinte par Charles-Louis Dumas. L'erreur ne peut être totalement exclue et constitue un sujet central de la pratique clinique et de la recherche : comment faire mieux ?

Si pendant longtemps la médecine humaine n'a abordé cette question que sous le prisme de la technique, une nouvelle approche s'est immiscée depuis le début du 21ème siècle. L'erreur n'est plus perçue comme le fait d'un seul individu ignorant ou incompétent, mais comme le fruit de défaillances humaines et organisationnelles. Les identifier permet de les prévenir ou de les intercepter pour éviter les événements indésirables.

Cette approche systémique pénètre depuis peu la médecine vétérinaire. Une cinquantaine de publications a exploré le sujet et des sociétés savantes, comme le Royal College of Veterinary Surgery ou l'Association of Veterinary Anaesthetists, promeuvent ces concepts pour les intégrer dans les pratiques cliniques.

En France, ce changement de paradigme vis-à-vis des erreurs n'a pas encore eu lieu. Les publications et éditoriaux n'abordent les erreurs que sous le prisme de la faute, juridique, morale ou technique, sans jamais évoquer la simple *erreur humaine*. Pourtant, aucun vétérinaire ni auxiliaire n'y échappe. Alors, quelle est la réalité de l'erreur dans la profession ?

Cette thèse visait à explorer la place de l'erreur dans la pratique vétérinaire animaux de compagnie : au quotidien, dans le vécu des soignants, et pour les structures vétérinaires. Une méthodologie mixte a été choisie pour acquérir une compréhension à la fois riche et étendue des erreurs dans la profession. 949 témoignages d'erreurs ont été recueillis par questionnaire autoadministré auprès de 478 vétérinaires exerçant en pratique animaux de compagnie en France.

Le diagnostic des erreurs perçues au quotidien par les soignants met en lumière la diversité des erreurs commises, de leurs gravités et fréquences. L'étude des principaux problèmes permet de proposer des outils efficaces comme la checklist pour les réduire. La détermination des actes les plus mortels ou létaux permet d'identifier des besoins de formation en reproduction et de mise en place de barrières en chirurgie et diagnostic.

Quasiment aucune erreur ne laisse les soignants vétérinaires indifférent et presque tous possèdent au moins une cicatrice d'une erreur passée. Le cocktail d'émotions ressenties est dominé par la culpabilité. Ces émotions ne sont pas nécessairement négatives, mais il est essentiel de développer le soutien, l'analyse réflexive, l'apprentissage émotionnel et de prendre conscience de sa capacité à agir pour limiter leur potentiel destructeur. Les gravités effectives et potentielles sont les premiers facteurs déterminant l'impact au long terme d'une erreur. D'autres facteurs comme la réaction des collègues ou des propriétaires, la première expérience ou la culpabilité ressentie, peuvent être atténués pour limiter le mauvais vécu des erreurs.

L'étude de la culture de sécurité permet quant à elle de proposer de nombreuses pistes d'amélioration pour sécuriser les soins vétérinaires. Si les soignants, équipes et organisations ont envie de s'améliorer par rapport à leurs erreurs, le principal frein rencontré est la charge de travail. Si les structures souhaitent sécuriser durablement leurs pratiques, il est essentiel qu'elles repensent leur organisation du travail. Les patrons ont une vision plus positive que leurs salariés de la culture de sécurité régnant dans leur organisation. Au contraire, il semble que les auxiliaires soient traités avec moins de maturité que leurs collègues vétérinaires. Cette étude peut donc servir de support pour engager le dialogue au sein de l'équipe et améliorer la liberté d'expression au profit d'une plus grande sécurité. Enfin, des formations semblent nécessaires pour apprendre à gérer les événements indésirables et leur annonce aux clients.

L'ensemble des pistes d'amélioration suggérées ne doit pas être perçu comme une recette de cuisine de la sécurité mais comme les intrants d'un cycle d'amélioration continue. S'ils ne sont pas adaptés aux spécificités de sa structure et n'engagent pas l'ensemble de l'équipe, ils risquent d'être inefficaces et d'engendrer de la réactance. Cette thèse insiste sur une évolution du modèle des erreurs, et non pas une révolution, qui doit continuer d'être explorée par la recherche et appropriée par la pratique clinique.

Bibliographie

Acker, D. and Duck, N.W. (2008), “Cross-cultural Overconfidence and Biased Self-attribution”, *The Journal of Socio-Economics*, 37(5), 1815.

ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT 2NDE VICTIME. *Accompagnement des soignants, secondes victimes d’évènements indésirables*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.soutien-seconde-victime.fr

Adin C. A., Fogle, C. A., & Marks, S. L. (2018). Duty hours restriction for our surgical trainees: An ethical obligation or a bad idea?. *Veterinary surgery*, 47(3), 327–332. https://doi.org/10.1111/vsu.12781

AFVAC.COM. *Soirée Endocrinologie clinique : à propos de quelques erreurs en endocrinologie*. [En ligne]. Disponible sur : https://afvac.com/les-formations/7

Alexander-Leeder, C. A., Guess, S. C., Waiting, D. K., & Davidow, E. B. (2022). Medical errors: Experiences, attitudes and perspectives of incoming and outgoing final-year veterinary students in the USA. *The Veterinary record*, 191 (3), e1735. https://doi.org/10.1002/vetr.1735

Amalberti R., Brami J. (2013). Audit de sécurité des soins en médecine de ville, Springer Paris, 186.

ANIPASSION.COM. *Négligence, erreur de diagnostic : peut-on porter plainte contre un vétérinaire ?* [En ligne]. Disponible sur : https://anipassion.com/autres/conseils/3848-negligence-erreur-de-diagnostic-peut-on-porter-plainte-contre-un-veterinaire

ANESTHESIA SAFETY NETWORK. *La plateforme de partage d’expérience : Créée par des soignants, pour les soignants*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.anesthesiasafetynetwork.com

Armitage-Chan, E., Maddison, J. and May, S.A. (2016), What is the veterinary professional identity? Preliminary findings from web-based continuing professional development in veterinary professionalism. *Veterinary Record*, 178: 318-318. https ://doi.org/10.1136/vr.103471

Ashworth, V., Rowett, E., & Kerrin, M. (2017). The Definitions of Client Satisfaction : Development of a Veterinary Graduate Employability Framework : Summary report of stages 2, 3 and 4. https://www.vetset2go.edu.au/Media/Default/PDFs/VetSet2Go-Client-Survey-Report.pdf

AST, L. (2013), Évènement indésirable en médecine générale : modalités de l’annonce et conséquences, Thèse d’exercice de médecine. Université de Lorraine.

AVA, The Association of Veterinary Anaesthetists (2014). Anaesthetic safety checklist implementation manual, first edition, Jurox.

AVA.EU.COM. *Anaesthesia records & checklists*. [En ligne]. Disponible sur : https://ava.eu.com/resources/checklists/

AVEF. Roissy 2023 : Et si nous partagions nos erreurs ? *Association vétérinaire équine française*. [En ligne]. Disponible sur : https://avef.fr/formations/roissy-2023-et-si-nous-partagions-nos-erreurs/

Babot-Jourdan, M. Babot-Jourdan, T. (2022). Enquête sur la reconversion professionnelle. *Vétos-Entraide*, 66 p. https://vetos-entraide.com/document-reconversion-professionnelle-veterinaire-2022-ve/

Ballantyne, H., (2018). Using checklists in veterinary nursing: what can human healthcare teach us?, *Veterinary Nursing Journal*, 33:10, 291-294, DOI: https://doi.org/10.1080/17415349.2018.1496049

Barach P, Small SD. (2000). Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ*. 320(7237):759-76310720361

Bellezza, F. S., and Hoyt, S. K. (1992). The self-reference effect and mental cueing. *Soc. Cogn.* 10, 51–78. doi: 10.1521/soco.1992.10.1.51

Bergs, J., Lambrechts, F., Simons, P., Vlayen, A., Marneffe, W., Hellings, J., Cleemput, I., & Vandijck, D. (2015). Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: a systematic review of the qualitative evidence. *BMJ quality & safety*, 24(12), 776–786. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004021

Bergström, A., Dimopoulou, M., & Eldh, M. (2016). Reduction of Surgical Complications in Dogs and Cats by the Use of a Surgical Safety Checklist. *Veterinary surgery* : VS, 45 5, 571-6 .

Bernard, C. (2006). Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. *Flammarion*, collection : Champs Classiques, 384 p.

Berry FA (2001) What to do after a bad outcome. *ASA Refresher Courses Anesthesiol* 29: 49-57.

Blais, Mireille & Martineau, Stephane. (2006). L'analyse inductive générale: Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*. 26. 10.7202/1085369ar.

BLUE PEARL PET HOSPITAL (2021). *BluePearlPet Hospital Launches First-Ever Wellness Ambassador Program to promote health and well-being in its practices nationwide*. [En ligne]. Disponible sur : https://bluepearlvet.com/press-releases-announcements/bluepearl-pet-hospital-launches-first-ever-wellness-ambassador-program-to-promote-health-and-well-being-in-its-practices-nationwide/

Bird, F. and Germain, G. (1966) Damage control : a new horizon in accident prevention and cost improvement, New York.

BLUE PEARL PET HOSPITAL (2020). *A word from our chief medical officer*. [En ligne]. Disponible sur : https://bluepearlvet.com/a-word-from-our-chief-medical-officer/we-practice-quality/

Bondevik, G. T., Hofoss, D., Hansen, E. H., & Deilkås, E. C. (2014). The safety attitudes questionnaire - ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting. *BMC health services research*, *14*, 139. https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-139

Bonvicini, K. A., O'Connell, D., & Cornell, K. K. (2009). Disclosing medical errors: restoring client trust. *Compendium* (Yardley, PA), 31(3), E5.

Brainerd, C. J., Reyna, V. F., and Brandse, E. (1995). Are children's false memories more persistent than their true memories? *Psychol. Sci.* 6, 359–364. doi: 10.1111/j.1467-9280.1995.tb00526.x

Braun V. et Clarke V. (2014). What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers?, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9:1

Braun V, Clarke V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.*

Braun, JP., Bourgès-Abella, N., Geffré, A., Concordet, D., Bourdaud'hui, P., Trumel, C. (2015). Eviter ou contrôler les erreurs de prélèvements en hématologie, hémostase, cytologie, biochimie animales : une introduction à Preanalytical Variability Advisor. *Revue de médecine vétérinaire*, 166(9-10), 280-303.

BSAVA. *BSAVA Congress Proceedings 2021*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.bsavalibrary.com/content/book/10.22233/9781913859008#chapters

Buck, G. Cook. K. Quigley, C. Eastwood, J. et Lucas, Y. (2009). Profiles of Urban, Low SES, African American Girls’ Attitudes Toward Science: A Sequential Explanatory Mixed Methods Study. *Journal of Mixed Methods Research*, 3:4, https://doi.org/10.1177/1558689809341

Chamberlain CJ, Koniaris LG, Wu AW, Pawlik TM. (2012). Disclosure of “Nonharmful” Medical Errors and Other Events: Duty to Disclose. *Arch Surg.* 147(3):282–286. doi:10.1001/archsurg.2011.1005

Chanelière M. (2005). Impact des événements indésirables sur la pratique des médecins généralistes : étude qualitative auprès de 15 praticiens de la région Rhône-Alpes. Thèse de médecine générale : Claude Bernard Lyon 1, 123 p.

Chaneliere M. (2017). La sécurité du patient en soins primaires : éléments conceptuels, épidémiologie, interventions auprès des professionnels de santé. Médecine humaine et pathologie. Université de Lyon, 2017. Français.

CHANGE.ORG. *Victime d'un vétérinaire incompétent...Justice pour Shiny décédée trop tôt*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.change.org/p/crov-centre-victime-d-un-vétérinaire-incompétent-justice-pour-shiny-décédée-trop-tôt

Clarke K.W., Hall L.W. (1990). A survey of anaesthesia in small animal practice: AVA/BSAVA report. Journal of the Association of Veterinary Anaesthetists of Great Britain and Ireland, 17:1, 4-10. ISSN 0950-7817. https://doi.org/10.1111/j.1467-2995.1990.tb00380.x.

Coan, P. N., Adams, J. K., & Glass-Mattie, D. (2014). Response to Protocol Review Scenario: Missed analgesia. *Lab animal*, 43(10), 347–348. https://doi.org/10.1038/laban.625

Code rural et de la pêche maritime, art. R242-33.

Code de la santé publique. Art. L1142-4.

Cook AF, Hoas H, Guttmannova K, Joyner JC (2004) An error by any other name. *Am J Nurs* 104(6): 32-43; quiz 44.

Cooper, M.D. (2000) Towards a Model of Safety Culture. *Safety Science*, 36, 111-136. http://dx.doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00035-7.

Conner B. (2021). Drug Calculations in Veterinary Medical Education-Where Are We?. *Journal of veterinary medical education,* 48(3), 252–255. https://doi.org/10.3138/jvme.2019-0118

Cosby, K.S. and Croskerry, P. (2004). Profiles in Patient Safety*:* Authority Gradients in Medical Error. *Academic Emergency Medicine,* 11: 1341-1345. https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.07.005

Darrault-Harris, I. (2009). L'angoisse, sa mise en discours. *Enfances & Psy*, 42, 40-50. https://doi.org/10.3917/ep.042.0040

Davidow, E. B., Owen, T., & Rishniw, M. (2023). Knowledge and attitudes towards surgical safety checklists: a survey of veterinary professionals. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 1–9.

Davidow B. (2021). Communicating Patient Quality and Safety in Your Hospital*. The Veterinary clinics of North America. Small animal practice,* 51(5), 1111–1123.

Desenclos JC, Vaillant V, Delarocque Astagneau E, Campese C, Che D, Coignard B, Bonmarin I, Levy Bruhl D, de Valk H. (2007). *Médecine et maladies infectieuses*, vol. 37, n°. 2, p. 77-94.

Desgranges, B., Faraut, E., Mondou, A., Eustache, F. & Laisney, M. (2018). La MEMO : évaluation de l'impact de l'émotion sur la mémorisation d'informations verbales en mémoire épisodique. *Revue de neuropsychologie*, 10, 257-263. https://doi.org/10.3917/rne.103.0257

Diaz, C. (2010). L'erreur de diagnostic n'engage pas la responsabilité du praticien. Revue : *Le Point Vétérinaire*, n°303 du 01/03/2010. https://www.lepointveterinaire.fr/publications/le-point-veterinaire/article-canin/n-303/l-erreur-de-diagnostic-n-engage-pas-la-responsabilite-du-praticien.html

Diesel, G., & Davis, G. (2015). Adverse events relating to dispensing errors. *The Veterinary record*, 177(14), 360–362. https://doi.org/10.1136/vr.h4299

Directeur général de l'alimentation, *art. 7 de l'arrêté du 13 Mars 2015 relatif aux catégories d'établissement de soins vétérinaires*. Journal officiel du 25 mars 2015.

Donchin Y, Gopher D, Olin M, et al. *(1995)*. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Crit Care Med* ;23: 294-300.

Doyle, L. Brady, A. M. Byrne, G. (2009). An overview of mixed methods research. *Journal of research in Nursing*, 14:2, 175-185. https://doi.org/10.1177/1744987108093962

Dyer, L. (1984), Studying Human Resource Strategy: An Approach and an Agenda. *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 23: 156-169. https://doi.org/10.1111/j.1468-232X.1984.tb00894.x

Edwards, J. R., Davey, J., & Armstrong, K. (2013). Returning to the roots of culture: A review and re-conceptualisation of safety culture. Safety science, 55, 70-80.

ERGONE. *Ergone : l'envie d'entreprendre*. [En ligne]. Disponible sur : https://ergone.org

EUROPEAN UNION NETWORK FOR PATIENT SAFETY (2010). Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations. *European Society for Quality in Healthcare - Office for Quality Indicators*, 35 p. https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/2007109/2007109_eunetpas-report-use-of-psci-and-recommandations-april-8-2010.pdf

FDA. Veterinary medication errors. 2021 Feb. Disponible sur : https://www.fda.gov/animal-veterinary/product-safety-information/veterinary-medication-errors#error.

Fucks, I. (2012). L'énigme de la culture de sécurité dans les organisations à risques : une approche anthropologique. *Le travail humain*, 75, 399-420. https://doi.org/10.3917/th.754.0399

Gagnon, A C. (2019). Comprendre nos erreurs sans les blâmer, un nouvel apprentissage salutaire. Revue : *La Semaine Vétérinaire* n°1804 du 30/03/2019. https://www.lepointveterinaire.fr/publications/la-semaine-veterinaire/article/n-1804/comprendre-nos-erreurs-sans-les-blamer-un-nouvel-apprentissage-salutaire.html

Galam E., (2011). L'erreur médicale, le burnout et le soignant : de la seconde victime au premier acteur. Springer.

Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. (2003). Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA*. 289(8):1001-100712597752

Gentle M., Powell M. & Sharman S. (2014) Mental context reinstatement or drawing: Which better enhances children's recall of witnessed events and protects against suggestive questions?, *Australian Journal of Psychology*, 66:3, 158-167, DOI: 10.1111/ajpy.12040

Gillham, B. (2008). Developping a Questionnaire. London: *Continuum*, 2nd edition, 124 p. ISBN-10 : 0826496318.

Gourdet, M. (2015). Les auxiliaires vétérinaires en France : statuts, activités et perceptions de leur métier. Thèse d'exercice, Médecine vétérinaire, Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse - ENVT, 122 p.

De Granvilliers-Lipskind, B. (s. d.). Responsabilité du vétérinaire : décision de la Cour d'appel de Rennes du 17 janvier 2020. *Village de la Justice*. https://www.village-justice.com/articles/responsabilite-veterinaire-cour-appel-rennes-janvier-2020-norg-06450,37501.html

Graton, A. & Ric, F. (2017). Comprendre le lien culpabilité-réparation : un rôle potentiel de l'attention. *L'Année psychologique*, 117, 379-404. https://doi.org/10.3917/anpsy.173.0379

Grelley, P. (2012). Contrepoint — La méthode expérimentale. *Informations sociales*, 174, 23-23. https://doi.org/10.3917/inso.174.0023

Green, B., Oeppen, R. S., Smith, D. W., & Brennan, P. A. (2017). Challenging hierarchy in healthcare teams - ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care. *The British journal of oral & maxillofacial surgery*, *55*(5), 449–453. https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.02.010

Hale, AR. (2000). Culture's confusions. *Safety Science*, *34*(1-3), 1-14.

Hamann, S. (2001). Cognitive and neural mechanisms of emotional memory. *Trends in Cognitive Sciences,* 5(9), 394–400. https://doi.org/10.1016/s1364-6613(00)01707-1

HAS, Haute Autorité de Santé. (2010). Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. (Manuel)

HAS, Haute Autorité de Santé. (2011). La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique. (Rapport) Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine

HAS (2011). Améliorations des pratiques et sécurité des patients : Annonce d'un dommage associé aux soins. Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville. *Haute*

Autorité de Santé, 64 p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_guide.pdf

HAS (2019). Culture de sécurité des soins : comprendre et mesurer. *Haute Autorité de Santé*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1497866/fr/culture-de-securite-des-soins-comprendre-et-mesurer

HAS, Haute Autorité de Santé. (2020). Erreurs associées aux produits (médicaments, médicaux, produits sanguins labiles) déclarées dans la base de retour d'expérience nationale des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS), (rapport validé par le collège).

HAS (2022). Comprendre la sécurité du patient. *Haute Autorité de Santé*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582468/fr/comprendre-la-securite-du-patient

HAS. Guide administratif, Partie 2 : Mettre en oeuvre. *Haute Autorité de Santé*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/guide_outils_securisation_autoevaluation_administration_medicaments_partie2_mettre_en_oeuvre.pdf

HAS. Fiche 1. Concepts et points clés pour aborder la sécurité 1 des soins. *Haute Autorité de Santé*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche1.pdf

HAS (2018). Les check-lists pour la sécurité du patient : outil d'amélioration des pratiques professionnelles. *Haute Autorité de Santé*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1518984/fr/les-check-lists-pour-la-securite-du-patient

Hayes, GM, LaLonde-Paul, DF, Perret, JL et al. (2020). Investigation of burnout syndrome and job-related risk factors in veterinary technicians in specialty teaching hospitals: a multicenter cross-sectional study. *J Vet Emerg Crit Care*. 30:18– 27. https://doi.org/10.1111/vec.12916

Heinrich (1959). Industrial Accident Prevention 4TH Edition a Scientific Approach Hardcover – 4th Edition; McGraw-Hill Book Company.

Hill et al., 2022. , J, Irwin-Porter, G, Buckley, LA. (2022). Surgical safety checklists in UK veterinary practice: Current implementation and attitudes towards their use. *Vet Rec.* https://doi.org/10.1002/vetr.2484

Hocking, L., Ling, T., Doorly, A. & Gush, C. (2020). Continuous quality improvement: a roadmap for the veterinary professions. RCVS Knowledge. [En ligne] Disponible sur : https://knowledge.rcvs.org.uk/document-library/continuous-quality-improvement-a-roadmap-for-the-veterinary/

Hofmeister, E. H., Quandt, J., Braun, C., & Shepard, M. (2014). Development, implementation and impact of simple patient safety interventions in a university teaching hospital. *Veterinary anaesthesia and analgesia*, 41:3, 243–248. https://doi.org/10.1111/vaa.12124

Hofmeister, E., Reed, R., Barletta, M., Shepard, M., Quandt, J. (2018). Critical incident technique analysis applied to perianesthetic cardiac arrests at a university teaching hospital, *Veterinary Anaesthesia and Analgesia*, Volume 45, Issue 3, Pages 345-350, ISSN 1467-2987, https://doi.org/10.1016/j.vaa.2018.01.001.

Hudson, Patrick. (2001). Safety Culture - Theory and Practice. Defense Technical Information Center. 12.

Husson, J. (2005). *Gérer les risques à l'hôpital : De l'inquiétude des acteurs à la méthode.* Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université Jean Moulin - Lyon 3. https://hal.science/tel-03003092/document

IAEA : International Atomic Energy Agency. (1991) Safety culture (safety series no. 75-INSAG-4).Vienna.

ICSI Groupe de travail « Culture de sécurité » (2017). *La culture de sécurité : comprendre pour agir.* Numéro 2017-01 de la collection les *Cahiers de la sécurité industrielle*, Institut pour une culture de sécurité industrielle, Toulouse, France.

Igoho-Moradel, M. (2019). Erreurs médicales : accroître la sensibilisation. Revue : *La Semaine Vétérinaire* n°1796 du 03/02/2019. https://www.lepointveterinaire.fr/publications/la-semaine-veterinaire/article/n-1796/erreurs-medicales-accroitre-la-sensibilisation.html

ISO. *ISO 9000 — Management de la qualité.* [En ligne]. Disponible sur : https://www.iso.org/fr/iso-9001-quality-management.html

Jackson, M. A., Vizard, A. L., Anderson, G. A., Mattoon, J. S., Lavelle, R. B., Smithenson, B. T., Lester, N. V., Clarke, A. F., & Whitton, R. C. (2011). Identification and prevalence of errors affecting the quality of radiographs submitted to Australian thoroughbred yearling sale repositories. *Veterinary radiology & ultrasound : the official journal of the American College of Veterinary Radiology and the International Veterinary Radiology Association*, 52(3), 262–269. https://doi.org/10.1111/j.1740-8261.2011.01800.x

Johnson K. (2016). Human error and surgical complications. *Veterinary and comparative orthopaedics and traumatology : V.C.O.T,* 29(5), V. https://doi.org/10.3415/VCOT-16-08-0125

JOHNS HOPKINS MEDICINE. *Hospital Peer-to-peer support*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.johnshopkinssolutions.com/solution/rise-peer-support-for-caregivers-in-distress/

Kaldjian, L. C., Jones, E. W., Wu, B. J., Forman-Hoffman, V. L., Levi, B. H., Rosenthal, G. E., & Mazur, D. J. (2007). Disclosing medical errors to patients: attitudes and practices of physicians and trainees. *Journal of general internal medicine,* 22(7), 988-996. doi: 10.1007/s11606-007-0213-z

Kammerer, K. D. (2000). La dysplasie de la hanche par malnutrition : Anomalie squelettique non héréditaire du chien*. Night Gebunden*, 174 p. ISBN : 3-9807236-0-7.

Keil Centre (2001). Safety culture maturity model. Offshore technology report 2000/49. Health and Safety Executive.

Keltner, D., & Gross, J. J. (1999). Functional accounts of emotions. *Cognition and Emotion*, 13(5), 467-480. https://doi.org/10.1080/026999399379139

Kennedy, M. J., & Smith, L. J. (2014). Anesthesia case of the month. Accidental lidocaine overdose during surgery for vertebral fractures. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, *245*(10), 1098–1101.

Keriel-Gascou M, Brami J, Chaneliere M, Haeringer-cholet A, Larrieu C, Villebrun F, Robert T, Michel P. Définition et taxonomie pour une étude épidémiologique française sur les événements indésirables associés aux soins primaires. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2014 Feb;62(1):41-52.

Kieffer, Philip & Mueller, P. (2017). A profile of morbidity and mortality rounds within resident training programs of the American College of Veterinary Surgeons. *Veterinary Surgery,* 47:3, 343-349. DOI: 10.1111/vsu.12765.

Kilbane H, Oxtoby C, Tivers MS., (2020). Staff attitudes to and compliance with the use of a surgical safety checklist. *J Small Anim Pract* ; 61(6): 332- 7

Kinnison T, May SA, Guile D. (2014). Inter-professional practice: from veterinarian to the veterinary team. *J Vet Med Educ*. 41(2): 172- 8.

Kinnison, T., Guile, D., & May, S.A. (2015). Errors in veterinary practice: preliminary lessons for building better veterinary teams. *Veterinary Record*, 177, 492 - 492.

Kisley, M., Woods S. & Burrows C. (2007). Looking at the sunny side of life: Age-related change in an event-related potential measure of the negativity bias, *Psychological Science*, *18*: 838-643.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System. *Institute of Medicine (US)*, Committee on Quality of Health Care in America, National Academies Press (US), 287 p. ISBN-10 : 0-309-06837-1.

Klotz P. L'erreur médicale : mécanismes et prévention. Paris, Maloine, 1994:147 p

Kogan, L. R., Rishniw, M., Hellyer, P. W., & Schoenfeld-Tacher, R. M. (2018). Veterinarians' experiences with near misses and adverse events. *Journal of the American Veterinary Medical Association* , *252* (5), 586–595. https://doi.org/10.2460/javma.252.5.586

Kubler-Ross E (1969) On Death and Dying. Simon and Schuster, New York.

Langford, A. (2009). *Origines, motivations et souhaits d'orientation professionnelle des étudiants vétérinaires.* Thèse de doctorat vétérinaire, Université Toulouse 3, 129 p. https://oatao.univ-toulouse.fr/4228/1/hartmann_4228.pdf

LAROUSSE. *Définition : émotion.* [En ligne]. Disponible sur :
https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/émotion/28829

Launcelott, Z. A., Lustgarten, J., Sung, J., Samuels, S., Davis, S., & Davis, G. J. (2019). Effects of a surgical checklist on decreasing incisional infections following foreign body removal from the gastrointestinal tract in dogs. *The Canadian veterinary journal*, 60(1), 67–72.

Lerner, J. S., & Keltner, D. (2001). Fear, anger, and risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(1), 146–159. https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.1.146

LINNAEUS. *Clinical quality*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.linnaeusgroup.co.uk/medical-and-nursing/clinical-quality

Ling, T., Doorly, A., Gush, C., & Hocking, L. (2021). Clinical governance and continuous Quality Improvement in the veterinary profession: A mixed-method study. *Veterinary Evidence, 6(2).*

Lorenza, R. (2020). Déclarer un problème n'est pas reconnaître sa culpabilité. Revue : *Le Point Vétérinaire*, n°1844 du 06/03/2020. https://www.lepointveterinaire.fr/publications/la-semaine-veterinaire/article/n-1844/declarer-un-probleme-n-est-pas-reconnaitre-sa-culpabilite.html

Love, L. C., Hedgpeth, M. W., Robertson, J. B., Marks, S. L., & Schoenfeld-Tacher, R. M. (2021). Assessment of Safety Culture at a Veterinary Teaching Hospital in the United States. *Frontiers in veterinary science*, https://doi.org/10.3389/fvets.2021.638764

Makeham MA, Dovey SM, County M, Kidd MR. (2002) An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *Med J Aust.* 177(2):68-72.

Manias E, Kusljic S, Wu A. Interventions to reduce medication errors in adult medical and surgical settings: a systematic review. *Ther Adv Drug Saf.* 2020;11(11):1–29.

McDaniel M. et al. (2022) Veterinary prescription errors in a community pharmacy setting: A retrospective review, Journal of the American Pharmacists Association, Volume 62, Issue 2, Pages 512-518, https://doi.org/10.1016/j.japh.2021.11.007.

McElroy, L. M., Woods, D. M., Yanes, A. F., Skaro, A. I., Daud, A., Curtis, T., Wymore, E., Holl, J. L., Abecassis, M. M., & Ladner, D. P. (2016). Applying the WHO conceptual framework for the International Classification for Patient Safety to a surgical population. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, *28*(2), 166–174. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw001

Miles, M., & Huberman, MA (2003). Analyse des données qualitatives (2e ed.).

McMichael, M., Herring, J., Fletcher, D.J., Boller, M. and (2012), RECOVER evidence and knowledge gap analysis on veterinary CPR. Part 2: Preparedness and prevention. *Journal of Veterinary Emergency and Critical Care*, 22: S13-S25. https://doi.org/10.1111/j.1476-4431.2012.00752.x

McMillan M. (2014). Checklists in veterinary anaesthesia: why bother? *Vet Rec.* 175(22): 556- 9

McMillan, M., & Lehnus, K. (2017). Systems analysis of voluntary reported anaesthetic safety incidents occurring in a university teaching hospital. *Veterinary anaesthesia and analgesia*, 451, 3-12 .

McMillan, M. W., & Lehnus, K. (2022). Application of systems analysis to safety incident investigations in a single centre using anaesthesia as an example. *The Veterinary record*, 191:12, e2237. https://doi.org/10.1002/vetr.2237

Mellanby, R. J., & Herrtage, M. E. (2004). Survey of mistakes made by recent veterinary graduates. *The Veterinary record,* 155(24), 761–765.

Menoud, G., Axiak-Flammer, S., Spadavecchia, C., Raillard, M. (2018). Development and implementation of a perianesthetic safety checklist in a veterinary university small animal teaching hospital. *Frontiers in Veterinary Science*, 5:60. DOI: 10.3389/fvets.2018.00060

MESOPINIONS.COM. *Pétition : STOP aux ERREURS VÉTÉRINAIRES NON SANCTIONNÉES AU DÉPENS DE LA VIE DES ANIMAUX* ! [En ligne]. Disponible sur : https://www.mesopinions.com/petition/animaux/stop-aux-erreurs-veterinaires-sanctionnees-depens/199783

Michel P, Quenon JL, Daucourt V, Burdet S, Hoarau D, Klich A. Incidence des événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé (Eneis 3) : quelle évolution dix ans après ? *Bull Epidémiol Hebd.* 2022;(13):229-37. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/13/2022_13_2.html

Ministère de l'agriculture et de l'alimentation et Direction générale de l'enseignement et de la recherche, *annexe de l'arrêté ministériel du 20 avril 2007 relatif aux études vétérinaires.*

MINISTERE CHARGE DE LA SANTE. *Portail de signalement des évènements sanitaires indésirables : Signaler un événement indésirable, c'est 10 minutes utiles à tous*. [En ligne]. Disponible sur : https://signalement.social-sante.gouv.fr/

Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC nursing*, *20*(1), 62. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2

Moore, A. R., & Barger, A. M. (2016). Pathology in Practice. Preanalytic error in a case of a dog with suspected tetanus. *Journal of the American Veterinary Medical Association,* 248(2), 157–159. https://doi.org/10.2460/javma.248.2.157

Mosedale P, Blackie K. Why do medication errors occur in veterinary practice? *Companion Animal.* 2021;26(7):1-4.

Mucchielli, A. (1996). Dictionnaire des méthodes qualitatives. Paris : Armand Collin.

Mukhopadhyay, B.R., et B.K.Mukhopadhyay, B.K., (2021). Organisational Culture is 'The Way We Do Things Around Here', *North East Colours,* Editorial.

Muller, D., & Ornstein, K. (2007). Perceptions of and attitudes towards medical errors among medical trainees*. Medical education,* 41(7), 645–652. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02784.x

Naik, V. N., & Brien, S. E. (2013). Review article: simulation: a means to address and improve patient safety. *Canadian journal of anaesthesia*, *60*(2), 192–200. https://doi.org/10.1007/s12630-012-9860-z

Nascimento, A. Sécurité des patients et culture de sécurité : une revue de la littérature. *Ciênciaand Saúde Coletiva*, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2009, vol. 16 (n° 8),pp. 3591-3602.

Nivet, S. (2014). Le Crew Ressource Management (CRM). *Hegel*, 1, 75-78. https://doi.org/10.4267/2042/53509

Nowell, L.S., Norris, J.M., White, D.E. and Moules, N.J. (2017) Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods,* 16, 1-13.

OCDE (2017). Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé : Synthèse. *Organisation de coopération et de développement économiques*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Lutter-contre-le-gaspillage-dans-les-systèmes-de-santé-Synthèse.pdf

OMS, Organisation mondiale de la santé. (2009). Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1 (final technical report).

OMS, Organisation mondiale de la santé. (2019). Patient Safety. *World Health Organization*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety

OMS, Organisation mondiale de la santé. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: *World Health Organization*, 108p.

ONIRIS NANTES. *Les atouts de la formation vétérinaire à Oniris : La formation vétérinaire à Oniris développe la mise en situation professionnelle et bénéficie d'un ancrage fort avec le territoire régional*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.oniris-nantes.fr/etudier-a-oniris/les-formations-veterinaires/formation-initiale-veterinaire/les-atouts-de-la-formation/

Oxtoby, C. (2014). Patient safety: the elephant in the room. *The Journal of small animal practice*, 55:8, 389-90. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jsap.12252

Oxtoby, C. Ferguson, E. White, K. Mossop, L. (2015). We need to talk about error: causes and types of error in veterinary practice. *The Veterinary record*, 177:7, 438- 45.

Oxtoby, C. and Mossop, L. (2016), Checklists and clinical governance: learning from the NHS. *In Practice*, 38: 408-410.

Oxtoby, Catherine. (2017). Patient safety in veterinary practice. Thèse doctorale. Université de Nottingham.

Oxtoby, C., Mossop, L., White, K., & Ferguson, E. (2017). Safety culture: the Nottingham Veterinary Safety Culture Survey (NVSCS). *The Veterinary record*, 180(19), 472. https://doi.org/10.1136/vr.104215

Oxtoby C., Mossop L., (2019). Blame and shame in the veterinary profession: barriers and facilitators to reporting significant events. *Vet Rec* ; 184 (16): 501- 8

Padiolleau, S. (2011). De plus en plus de confrères se forment au management. Revue : *La Semaine Vétérinaire* n°1471 du 18/11/2011. https://www.lepointveterinaire.fr/publications/la-semaine-veterinaire/article/n-1471/de-plus-en-plus-de-confreres-se-forment-au-management.html

Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and policy in mental health*, *42*:5, 533–544. https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y

Pang, Daniel & Rousseau-Blass, Frédérik & Paterson, Jessica. (2018). Morbidity and Mortality Conferences: A Mini Review and Illustrated Application in Veterinary Medicine. *Frontiers in Veterinary Science.* 5. 43. 10.3389/fvets.2018.00043.

Pansky A., Goldsmith M., Koriat A. (2005). Strategic regulation of grain size in memory reporting over time. *Journal of Memory and Language* 52(4), 505-525.

Paterson, Jessica & Yates, Elspeth & Pang, Daniel. (2021). A closed 'pop-off' valve and patient safety incident: A human factors approach to understanding error. *Veterinary Record Case Reports*. 9. 10.1002/vrc2.189.

Penneau, J. (1973). Faute et erreur en matière de responsabilité médicale. Paris : *Librairie générale de droit et de jurisprudence*, collection : bibliothèque de droit privé, 409 p.
Pennebaker, J. W., Mehl, M. R., & Niederhoffer, K. G. (2003). Psychological aspects of natural language use: Our words, our selves. *Annual Review of Psychology, 54,* 547–577. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145041

Perreault M. (2015). La surabondance des termes liés à la sécurité des patients : un obstacle au progrès. *The Canadian journal of hospital pharmacy*, *68*(5), 367–368.

Phillips, V. and Mathis, A. (2020), Carbon dioxide narcosis due to human error in a dog. *Vet Rec Case Rep*, 8: e001053. https://doi.org/10.1136/vetreccr-2019-001053

Plutchik R. (1965). What is an emotion?. *The Journal of psychology*, *61*(2), 295–303. https://doi.org/10.1080/00223980.1965.10543417

Pouliquen, F. (2017). Faut-il indemniser les souffrances subies par Eden, un épagneul breton ? *20 minutes*. https://www.20minutes.fr/planete/2006259-20170131-faut-indemniser-souffrances-subies-eden-epagneul-breton

PREVENTION MEDICALE (La). *Vétérinaire*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.prevention-medicale.org/cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Veterinaire

RCVS Knowledge. *Quality Improvement*. [En ligne]. Disponible sur : https://knowledge.rcvs.org.uk/quality-improvement/

RCVS KNOWLEDGE. *Checklists*. [En ligne]. Disponible sur : https://knowledge.rcvs.org.uk/quality-improvement/tools-and-resources/checklists/

RCVS KNOWLEDGE. *VetAUDIT*. [En ligne]. Disponible sur : https://knowledge.rcvs.org.uk/quality-improvement/tools-and-resources/vetaudit/

Read, G. J. M., Shorrock, S., Walker, G. H., & Salmon, P. M. (2021). State of science: evolving perspectives on 'human error'. *Ergonomics*, *64:*9, 1091–1114. https://doi.org/10.1080/00140139.2021.1953615

Reason, J. (1988). *Resident pathogens and risk management.* W.B. Workshop Safety Control and Risk Management.

Reason J. (2000). Human error: models and management. *BMJ (Clinical research ed.)*, *320*(7237), 768–770. https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768

Reason, J. (2013). L'erreur humaine. Edition : *Ecole des Mines*, 404 p. ISBN-10 : 2356710302.

Reiman, T., Pietikäinen, E., & Oedewald, P. (2010). Multilayered approach to patient safety culture. *Quality & safety in health care*, *19*(5), e20. https://doi.org/10.1136/qshc.2008.029793

Renouard F., Raynal P. (2019) Le stress chez les professionnels de santé. Du cockpit au bloc opératoire : le stress chez les professionnels de santé. *La lettre du psychiatre*, n°4.

ROBERT (Le). *Définition : émotion*. [En ligne]. Disponible sur : https://dictionnaire.lerobert.com/definition/emotion

Robinson, Dilys, and Matthew Williams. (2014). The 2014 RCVS Survey of the Veterinary Profession. London: Royal College of Veterinary Surgeons. http://www.rcvs.org.uk/publications/rcvs-survey-of-the-veterinary-profession-2014/?destination=%2Fpublications%2F.

Rousset H. (1999). Le diagnostic clinique en Médecine, *Les annales de médecine interne,* Vol. 150, Issue 1, p17.

Ruch-Gallie, R., Weir, H., & Kogan, L. R. (2017). Impact of Checklist Use on Wellness and Post-Elective Surgery Appointments in a Veterinary Teaching Hospital. *Journal of veterinary medical education,* 44(2), 364–368. https://doi.org/10.3138/jvme.0316-059R

Russell, E., Mossop, L., Forbes, E., & Oxtoby, C. (2022). Uncovering the 'messy details' of veterinary communication: An analysis of communication problems in cases of alleged professional negligence. *The Veterinary record*, *190*(3), e1068. https://doi.org/10.1002/vetr.1068

Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, *42*(2), 156–165. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x

Schortz, L., Mossop, L., Bergström, A., & Oxtoby, C. (2022). Type and impact of clinical incidents identified by a voluntary reporting system covering 130 small animal practices in mainland Europe. *The Veterinary record,* 191:2, e1629. https://doi.org/10.1002/vetr.1629

Schwappach, D. L., & Koeck, C. M. (2004). What makes an error unacceptable? A factorial survey on the disclosure of medical errors. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, *16*(4), 317–326. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh058

Scott, T., et al. (2003) Implementing culture change in health care: Theory and practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 15, 111-118.

Scott SD, et al. (2009) The natural history of recovery for the health care provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 18: 325-30.

Seys, D., Scott, S., Wu, A., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Conway, J., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2013). Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *International journal of nursing studies*, *50*(5), 678–687.

Sibeoni J. (2017). L’apport des méthodes qualitatives dans la recherche sur les soins en psychiatrie de l’adolescent [En ligne]. Thèse, Paris Saclay; Disponible sur: http://www.theses. fr/2017SACLS425

Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, et al. (2010) Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals’ psychological well-being. *Qual Saf Health Care* 19: 1-8.

Soufir L., Auroy Y., Champ 2. Épidémiologie : erreurs médicales et événements indésirables patients, *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, Volume 27, Issue 10, 2008, https://doi.org/10.1016/j.annfar.2008.09.008.

Soetart, N. (2020). Etape 1 : Les analyses biochimiques : éviter les erreurs (1). Revue : *Le Point Vétérinaire* n°404 du 01/04/2020. https://www.lepointveterinaire.fr/publications/le-point-veterinaire/article-rural/n-404/etape-1-les-analyses-biochimiques-eviter-les-erreurs-1.html

60 MILLIONS DE CONSOMMATEURS. *Clinique vétérinaire incompétente*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.60millions-mag.com/forum/vie-quotidienne/clinique-veterinaire-incompetente-t102337.html

SPHINX (Le). *Créer un sondage rapide et réussi*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.lesphinx-developpement.fr/logiciels/sondage-en-ligne-sphinx-declic/

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). Basics of Qualitative Research: Procedures and Techniques for Developing Grounded Theory. *Sage publications*, 456 p.

Tamuz M., Thomas E.J., Franchois K.E. (2004) Defining and classifying medical error: lessons for patient safety reporting systems. *Qual Saf Health Care* 13(1): 13-20.

Tangney, J. P., Stuewig, J., Mashek, D., & Hastings, M. (2011). Assessing Jail Inmates' Proneness to Shame and Guilt: Feeling Bad About the Behavior or the Self?. *Criminal justice and behavior*, *38*(7), 710–734. https://doi.org/10.1177/0093854811405762
Taylor MJ. et al. (2013). Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare, *BMJ Qual Saf*.

Thieman Mankin, K. M., Jeffery, N. D., & Kerwin, S. C. (2021). The impact of a surgical checklist on surgical outcomes in an academic institution. *Veterinary surgery* : VS, 50(4), 848–857. https://doi.org/10.1111/vsu.13629

TIKTOK, @Cidan.and.haldo. [En ligne]. Disponible sur : https://www.tiktok.com/@cidan.and.haldo/video/7149528540730363141

TIKTOK, @clochette.andcie. [En ligne]. Disponible sur : https://www.tiktok.com/@clochette.andcie/video/7187344564598951174

Tisseron, S. (2006). De la honte qui tue à la honte qui sauve. *Le Coq-héron*, 184, 18-31. https://doi.org/10.3917/cohe.184.31

Trouillet, S. (2015). Une consoeur victime d'un lynchage en règle sur les réseaux sociaux. Revue : *La Semaine Vétérinaire* n°1652 du 27/11/2015. https://www.lepointveterinaire.fr/publications/la-semaine-veterinaire/article/n-1652/une-consoeur-victime-d-un-lynchage-en-regle-sur-les-reseaux-sociaux.html

Truchot, D., Andela, M., & Mudry, A. (2022). *La santé au travail des vétérinaires : une recherche nationale.* Rapport de recherche pour le Conseil National de l'Ordre des Vétérinaires et l'Association Vétos-Entraide. Université de Bourgogne Franche-Comté, 89 p. https://www.veterinaire.fr/communications/actualites/resultats-de-lenquete-sur-la-sante-psychologique-des-veterinaires
Truog, R. D., Browning, D. M., Johnson, J. A., & Gallagher, T. H. (2011). Talking with patients and families about medical error: A guide for education and practice. Baltimore: *The Johns Hopkins University Press*.

Trumel, C. et Levieuge, A. (2012). Quelques exemples d'erreurs analytiques en hématologie. Revue : *La Semaine Vétérinaire* n°1518 du 30/11/2012. https://www.lepointveterinaire.fr/publications/la-semaine-veterinaire/article/n-1518/quelques-exemples-d-erreurs-analytiques-en-hematologie.html

Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. In E. Tulving & W. Donaldson, *Organization of memory.* Academic Press.
Tulving, E. (2001). Origin of autonoesis in episodic memory. In H. L. Roediger III, J. S. Nairne, I. Neath, & A. M. Surprenant (Eds.), *The nature of remembering: Essays in honor of Robert G. Crowder* (pp. 17–34). American Psychological Association.

Turner, M. (2022). Improving veterinary patient safety through systems analysis of clinical incidents. *Veterinary Record*. 191. 496-498. 10.1002/vetr.2559.

VDS INSURANCE. *VetSafe Protecting patients, clients and clinicians from professional errors*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.vds-vetsafe.co.uk/

VETLED. *A Global Leader in Veterinary Human Factors*. [En ligne]. Disponible sur : https://www.vetled.co.uk

Viner, B. (2010). Clinical Effectiveness: What does it Mean for Practitioners — and Cats? *Journal of Feline Medicine and Surgery,* 12, 561 - 568.

Waine, K., & Brennan, M.L. (2015). Clinical audit in veterinary practice: theory v reality. *In Practice,* 37:10, 545-549. https://doi.org/10.1136/inp.h5457

Wallis, J. Fletcher, D. Bentley, A. Ludders, J. (2019) Medical errors cause harm in veterinary hospitals. *Front Vet Sci*, 6:12, 7 p. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6370638/pdf/fvets-06-00012.pdf

Waterman AD., Garbutt J., Hazel E., *et al.* (2007) The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 33(8): 467-76.

Waters, A. (2017). Using big data to improve patient safety. *The Veterinary record*, 181:20, 523-523. https://doi.org/10.1136/vr.j5319

Westrum, R. (2004). A typology of organisational cultures. *Quality and safety in health care*, *13* (suppl 2), ii22-ii27.

White, S. C. (2018). Veterinarians' Emotional Reactions and Coping Strategies for Adverse Events in Spay-Neuter Surgical Practice. *Anthrozoös*, 31:1, 117-131, DOI: 10.1080/08927936.2018.1406205.

Woolrich A. (2021). Re: Surviving clinical errors in practice. *New Zealand veterinary journal,* 69(2), 134. https://doi.org/10.1080/00480169.2021.1872965

Wu A.W., Cavanaugh T.A., McPhee S.J., Lo B, Micco GP. To tell the truth: ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. *J Gen Intern Med*. 1997;12(12):770-7759436897

Wu A.W. (2000) Medical error: the second victim. *BMJ* 320: 726-7.

Yorio, P., Edwards, J., Hoeneveld, D. (2019). Safety culture across cultures. *Safety Science.* 120. 402-410. 10.1016/j.ssci.2019.07.021.

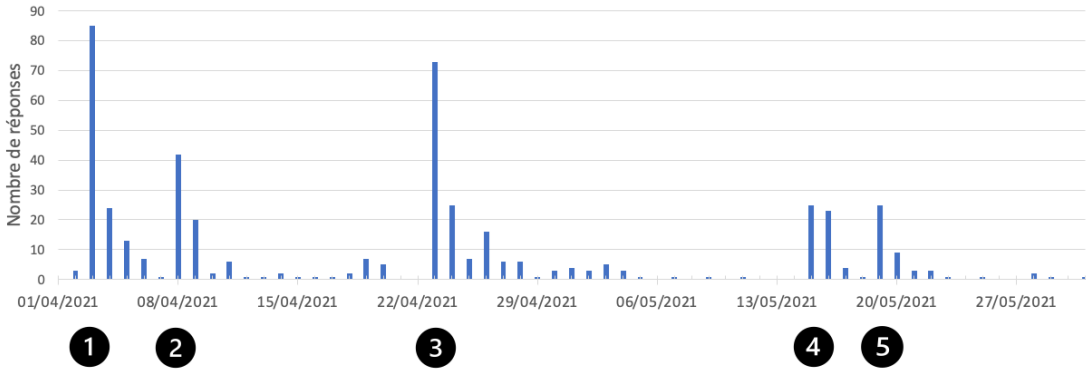
Zeltzman, P. (2012). 5 erreurs classiques à éviter en médecine d'urgence. Revue : *La semaine Vétérinaire* n°1515 du 09/11/2012. https://www.lepointveterinaire.fr/publications/la-semaine-veterinaire/article/n-1515/5-erreurs-classiques-a-eviter-en-medecine-d-urgence.html

Zhang J., Patel V.L., Johnson T.R., Shortliffe E.H., (2004). A cognitive taxonomy of medical errors. *J Biomed Inform*, 37(3):193-204.

Zohar D. (2008). Safety climate and beyond: A multi-level multi-climate framework, *Safety Science*, 46(3):376-387.

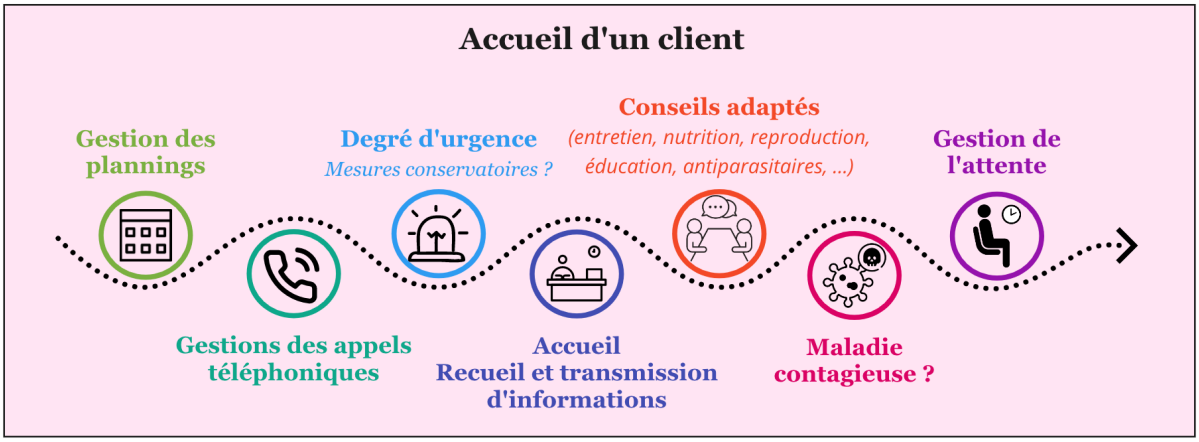
Annexes

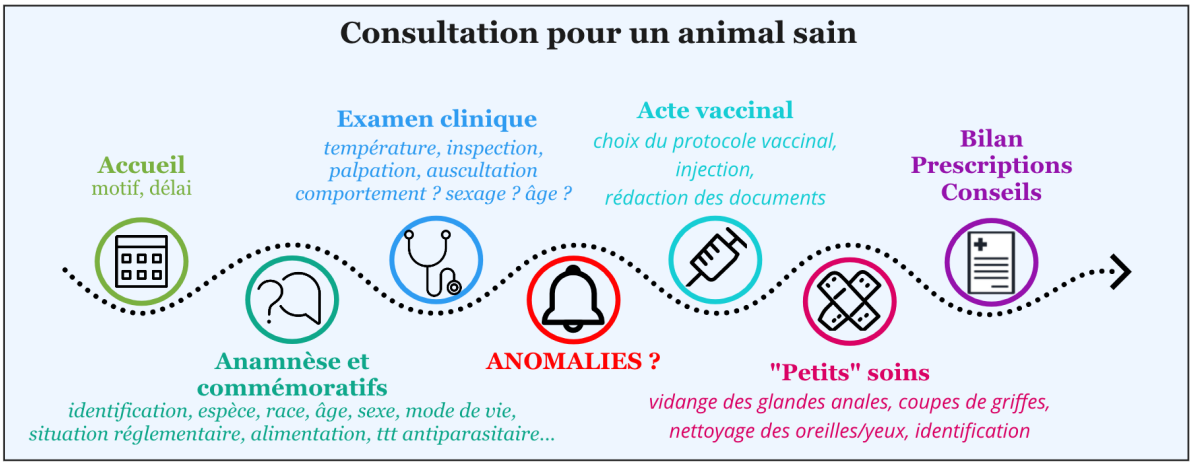
Annexe 1 : Stratégie de distribution du questionnaire et nombre de réponses obtenues sur la période de mise en ligne (du 01 avril 2021 au 31 mai 2021).

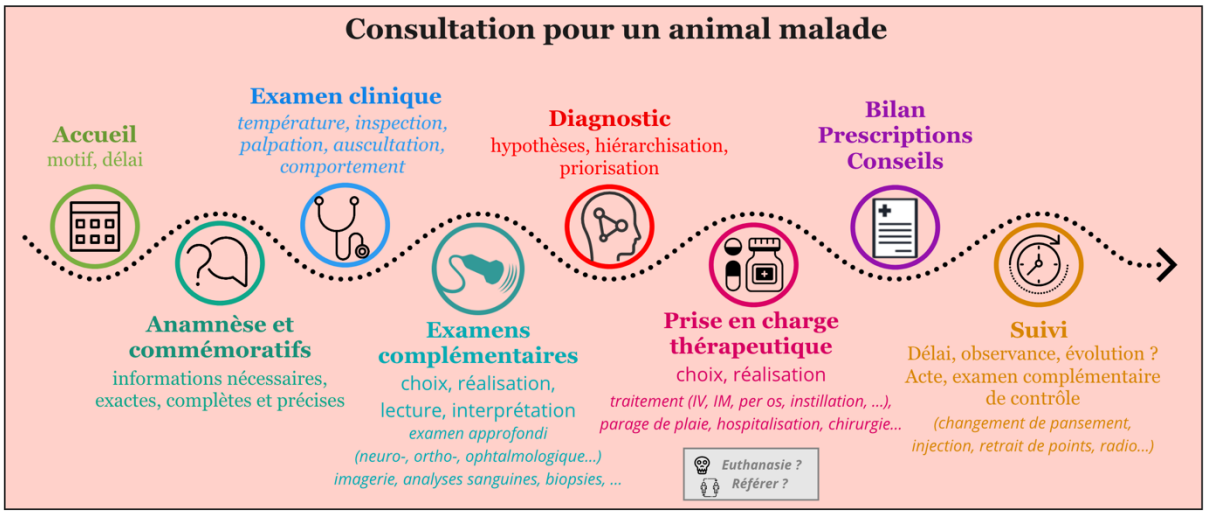


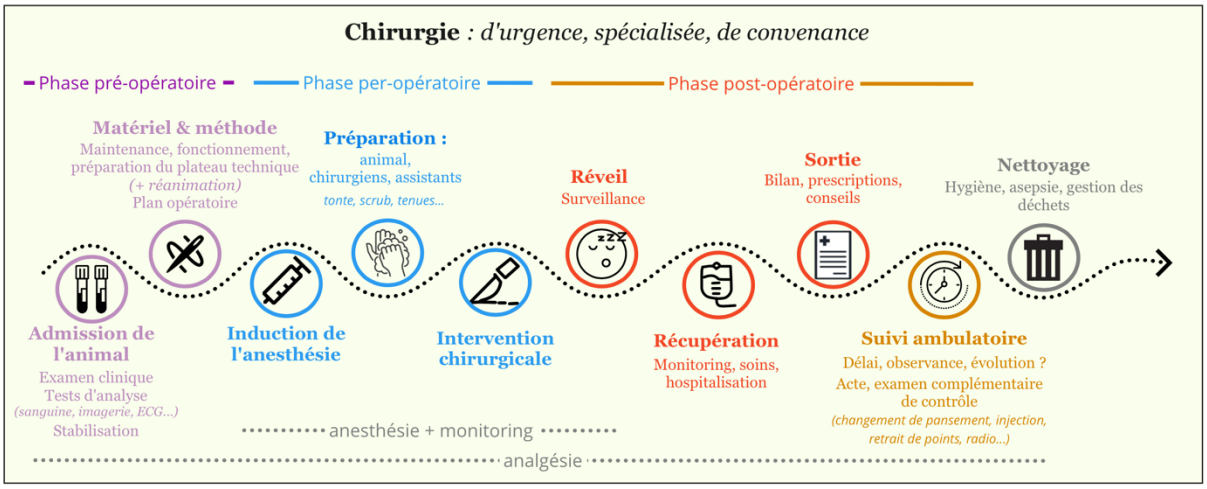
1. *Communication sur le groupe Facebook : étudiants vétos France, entre vétos et ASV,*
2. *Communication sur le groupe Facebook : vétos entraide, Soyons plus que vétos et ASV,*
3. *Communication par le mailing liste du Roy via 1Health media,*
4. *Communication par la newsletter de lu CNOV (mailing puis mise en ligne),*
5. *Communication dans l'essentiel vet (article sur l'apprentissage des erreurs suivi d'un encadré invitant à participer à l'enquête).*

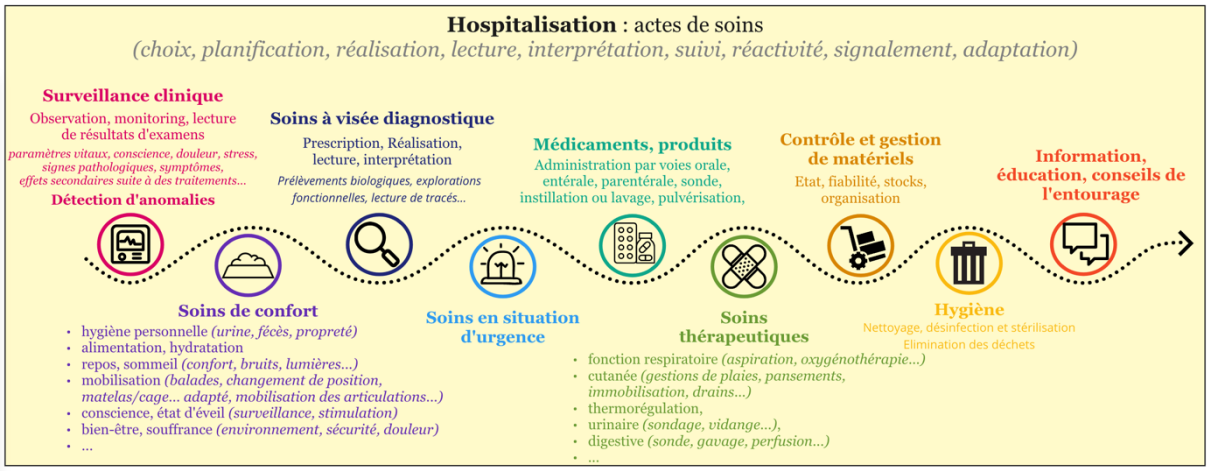
Annexe 2 : Illustrations des parcours de soins utilisés dans le questionnaire pour stimuler le rappel des erreurs.





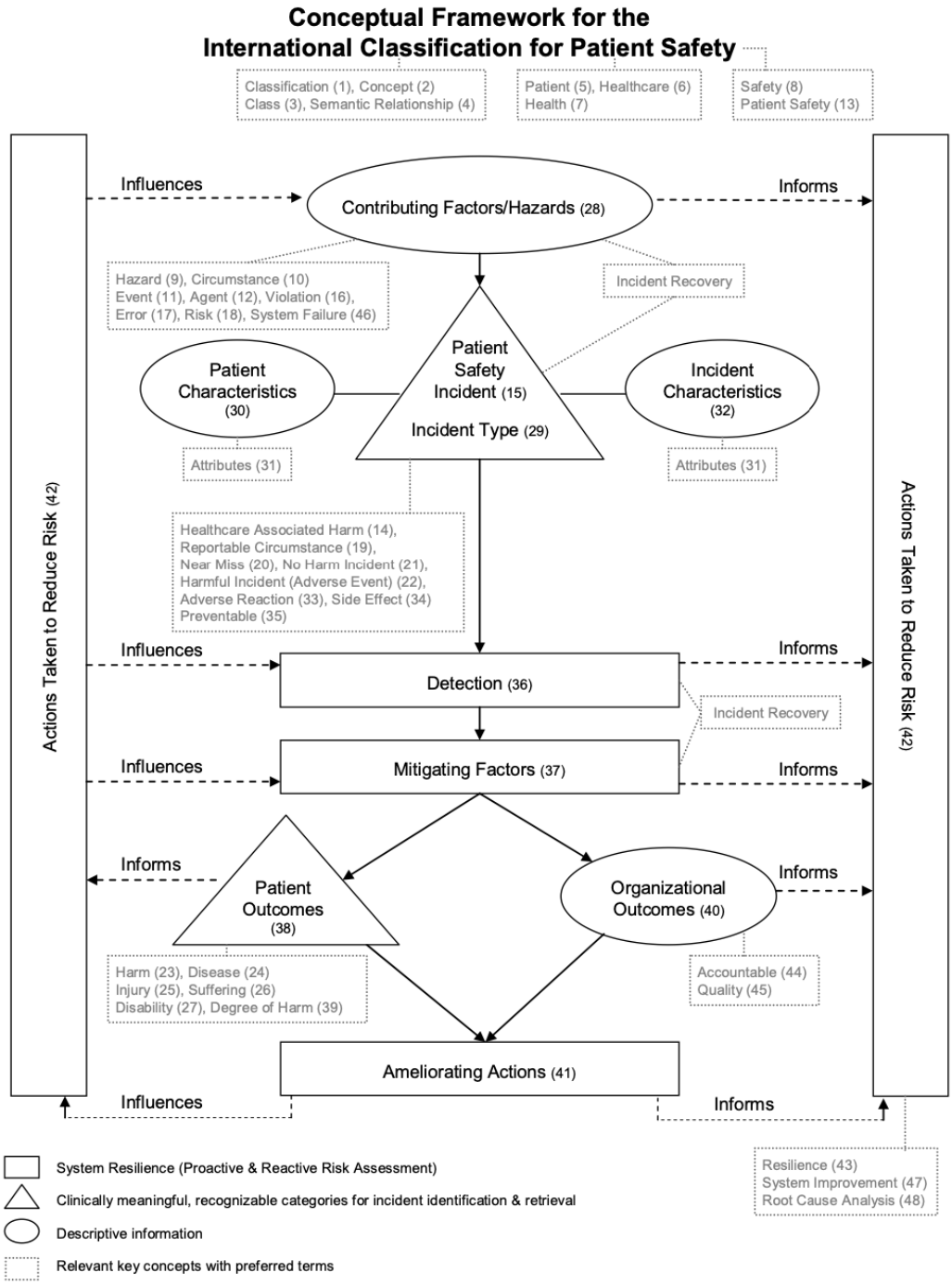



Chirurgie : d'urgence, spécialisée, de convenance
Phase pré-opératoire
Phase per-opératoire
Phase post-opératoire
Matériel & méthode
Maintenance, fonctionnement, préparation du plateau technique
(+ réanimation)
Plan opératoire
Préparation :
animal, chirurgiens, assistants
tonte, scrub, tenues...
Réveil
Surveillance
Sortie
Bilan, prescriptions, conseils
Nettoyage
Hygiène, asepsie, gestion des déchets
Admission de l'animal
Examen clinique
Tests d'analyse
(sanguine, imagerie, ECG...)
Stabilisation
Induction de l'anesthésie
Intervention chirurgicale
Récupération
Monitoring, soins, hospitalisation
Suivi ambulatoire
Délai, observance, évolution ?
Acte, examen complémentaire de contrôle
(changement de pansement, injection, retrait de points, radio...)
anesthésie + monitoring
analgésie


Hospitalisation : actes de soins
(choix, planification, réalisation, lecture, interprétation, suivi, réactivité, signalement, adaptation)
Surveillance clinique
Observation, monitoring, lecture de résultats d'examens
paramètres vitaux, conscience, douleur, stress, signes pathologiques, symptômes, effets secondaires suite à des traitements...
Détection d'anomalies
Soins à visée diagnostique
Prescription, Réalisation, lecture, interprétation
Prélèvements biologiques, explorations fonctionnelles, lecture de tracés...
Médicaments, produits
Administration par voies orale, entérale, parentérale, sonde, instillation ou lavage, pulvérisation,
Contrôle et gestion de matériels
Etat, fiabilité, stocks, organisation
Information, éducation, conseils de l'entourage
Soins de confort
hygiène personnelle (urine, fécès, propreté)
alimentation, hydratation
repos, sommeil (confort, bruits, lumières...)
mobilisation (balades, changement de position, matelas/cage... adapté, mobilisation des articulations...)
conscience, état d'éveil (surveillance, stimulation)
bien-être, souffrance (environnement, sécurité, douleur)
...
Soins en situation d'urgence
Soins thérapeutiques
fonction respiratoire (aspiration, oxygénothérapie...)
cutanée (gestions de plaies, pansements, immobilisation, drains...)
thermorégulation,
urinaire (sondage, vidange...),
digestive (sonde, gavage, perfusion...)
...
Hygiène
Nettoyage, désinfection et stérilisation
Elimination des déchets

Sortie & gestion administrative
Bilan
Explications
Conseils
Encaissement
Comptabilité
Hygiène et désinfection
des locaux, du mobilier, du matériel et des textiles
Gestion des stocks
Suivi des stocks
(état, conservation, péremption)
Commandes, livraisons
Délivrance des produits vétérinaires
produits, matériels, aliments, médicaments
préparer, respecter la prescription, montrer les conditions d'emploi
Documents
Mise à jour des dossiers clients
Rédaction et envoi des communications, courriers, colis...
Classement, archivage
Gestion des déchets
d'activités de soins (coupants, contaminés...)
des produits dangereux, des produits animaux
(cadavres, excréments, urines, sang...)

Annexe 3 : Modèle conceptuel de l'ICPS, développé par l'OMS. Extrait de OMS, 2009.



Annexe 4 : Comparaison des méthodes de classification des erreurs dans la littérature vétérinaire.

Classification des types d'accidents	Schortz	Type de problème par type d'activité	**Anaesthesia-related incident**	**Medication-related incident (excl. anaesthesia)**		**Treatment-related incident (incl. surgery)**	**Healthcare-associated infection organism/location**	**Diagnosis-related incident**
			Patient accident					
	Oxtoby	Par disciplines/motifs de litiges, catégories préfaites par une compagnie d'assurance	Surgical Treatment : Medical		Parturition : Medical	Parturition : Surgical	Anaesthetics	Diagnosis
			Advice					
	Wallis	Mélange de types d'erreurs, facteurs latents, et types d'activité	**Drug**			**Iatrogenic**		**Labs**

Classification des causes	Oxtoby	Oxtoby s'intéresse aux causes. Elle s'appuie sur la théorie de Reason avec l'approche des facteurs humains et organisationnels	Active failures					System failures				
			Individual Factors	Lack of technical ability	Cognitive limitations = psychological limitation in the form of a slip, lapse or mistake		Inadequate care/negligence	Communication	Leadership	Design of product or equipment	Productivity	Owners	Veterinary specific
			stress, fatigue, ...		Slips and lapses, presenting as 'absentminded' errors	Mistakes, or more involved errors in decision making	violation	failure of communication between significant parties. Includes written and verbal, lack of and misunderstood communication	lack of clear leadership either with an individual or within a team	poor human / instrument interface	decisions motivated by productivity rather than best practice		animal temperament and environmental conditions
	Wallis	Défaillances actives et latentes. Ce que Wallis appelle système est assez transversal et semble recouper à la fois des défaillances actives et latentes			**Oversight**			**Communication**	**Staff**	**Equipment**			
					Judgment issues, missed diagnosis, misinterpretation of data, deviations from standard of care			Misidentified patient, confusion over orders, failure to share information	Insufficient staff numbers, lack of access to needed staff, incident during staff training	Inaccessibility, wrong equipment, failures, supply problem			
							System						
							Delays, missed treatments, protocol issues						

Annexe 5 : mail anonymisé reçu le vendredi 23 avril 2021 en réponse à l'invitation à participer à l'enquête

De: **Webmaster 1HealthMedia** webmaster@newsmed.fr
Objet: Fwd: Enquête nationale vétérinaire sur les erreurs associées aux soins : levons le tabou
Date: 27 avril 2021 à 16:29
À: leila.assaghir@oniris-nantes.fr

Cordialement,

---------- Forwarded message ---------
De : [redacted]
Date: ven. 23 avr. 2021 à 17:38
Subject: RE: Enquête nationale vétérinaire sur les erreurs associées aux soins : levons le tabou
To: Leïla ASSAGHIR, étudiante en 4ème année à ONIRIS <webmaster@newsmed.fr>

Madame,

Le simple fait de me questionner sur « l'erreur médicale » relève, à titre ontologique, et transposé après diplôme, au titre déontologique, au sens de la méprise des engagements choisis dès les classes préparatoires. Et dans le marasme de la prise d'engagement professionnel responsable de la part des 40% d'élèves qui coûtent fiscalement et étatiquement 90 k€ pour nous substituer, nous les vétos de niveau peu critiquable, les cons de l'Esprit Alforien, continuer notre engagement est répondre au Serment de Bourgelat,

A ne plus accepter la sollicitude, l'empathie, la consécration, le sacrifice personnel et surtout l'envie de sauver sur Terre ce qui animalement vivant , je déclare que votre thèse relève de la science sociologique, pour laquelle n'êtes pas formée par nos Grandes Ecoles Vétérinaires.

Votre Thèse relève de l'inetérêt général.

A ce titre voudriez-bien me communiquer le nom de votre rapporteur et de votre assesseur afin qu'entre les derniers vrais praticiens et le professorat actuel, nous puissions, s'ils font fi de leur orgueil ou de leur certitudes, sans passez par leur sentiment politique, vous recadrer tous, vous de petits, mais futurs grands esprits professionnels, à vous rendre conscients du devoir professionnel auquel vous vous êtes engagés.

Votre projet de thése est obsolète.

Avez-vous fait, à titre philosophique la démarche de l'erreur ?

Non, parce que vous vous avez réussi jusqu'à présent les épreuves scolaires.

De sanction simple. Manichéennes.

La médecine, depuis les grecs, les arabes, Avicene, est une démarche Aristélocienne .

Elle nourrit ses succès que de l'experience des effecteurs, de la communication, de la connaissance et de la technicité.

Cette dernière étant issue de l'esprit de recherche .

Si vous êtes désemparée, pour me produire un tel sujet de Thèse, alors venez chez moi, et je vous montrerai toutes les faces de ce métier, et le plaisir d'allier risque, succès, compétence, échecs, et… revenus.

Les professeurs sont des gens très compétents, pour leur qualité didactique, mais sont et resteront des gens qui ont refusé le monde de la libérabilté.

Ils en ont toujours peur.

Ah, j'ai fait une belle Thèse d'Electronique Médicale en mon temps…Prix de Thèse...48 pages… Compétence personnelle à faire fonctionner un système qu'il fallait adapter…Comme j'en rie…archi dépassé actuellement en application professionnelle…mais reste dans le système…

Aller, ma fille, c'est de toi dont j' ai besoin pour t'apprendre le métier et te le transmettre.

Ce n'est point de ta Thèse.

Bien cordialement,

[redacted]

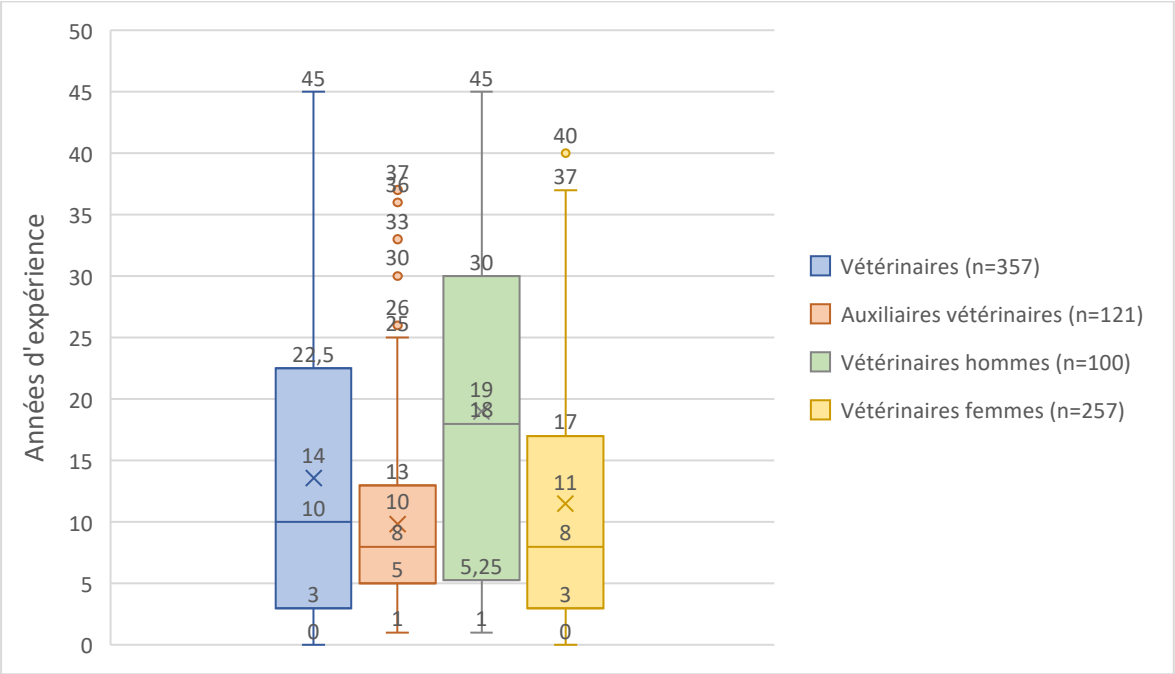
Docteur Vétérinaire

Annexe 6 : Témoignages exclus de l'analyse car ne concernant pas un petit animal de compagnie

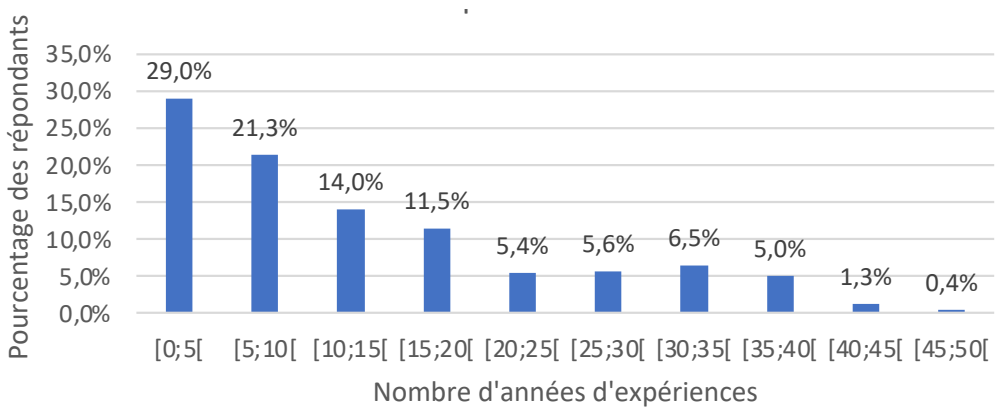
mauvaise appréciation de la dystocie lors dun velage
Soucis sur un sondage nasooesophagien sur un cheval, a priori le tuyau a abîmé le cheval sans être passé dans la trachée
Retrait masse colique jument
Injection de pénicilline intra veineuse chez un cheval lors de mes études
Ouverture trop haute sur une césarienne de vache : la suture du péritoine a lâché car le tissu conjonctif (qui ne contient pas de muscle à cet endroit là) s'est déchiré. La vache a fait une infection et est morte une semaine plus tard.
Celui de l'agnolage
Erreur étiquette lors des PDS sur une vache (pour l'envoi au labo)
Je suis passé à côté d'un trou à l'utérus d'une vache en arrière du col suite à une torsion. Un examen plus minutieux aurait permis de le détecter.
Visite le samedi matin à un veau atteint de torsion intestinale; conseillé au client de surveiller et appeler le vétérinaire de garde si nécessaire. Veau décédé quelques heures plus tard, aurait dû être référé en urgence pour opération ou euthanasié.
Une césarienne sur une vache laitière qui s est degradee de jour en jour.
Mauvaise gestion du réveil d'un cheval après une anesthésie sur chirurgie de coliques ayant entraîné une myosite
Appelé au chevet d'un veau pour motif respiratoire. Après un examen clinique sommaire diagnostic de pneumonie : traitement correspondant mis en place. Il s'agissait en fait d'une gastro-entérite paralysante.
oubli d'un veau dans une vache lors dun velage de jumeaux, sorti le premier en siege difficilement avec episio, fouille, poas senti le jumeuu
erreur de flacon Faire un carbesia en iv en lieu et place d'une finadyne dans le traitement d'une piroplasmose sur un cheval
dechirure de matrice lors retournement sur une vache
mauvaise suture sur un utérus de bovin lors d'une césarienne
sondage d'une vache (quand je faisais des vaches) en intra trachéal au lieu d'oesophagienne puis administration de vinaigre dans la sonde.....effet immédiat, le tout avec le propriétaire qui tient l'animal.
intraveineuse planipart nd au lieu d'une intramusculaire sur césarienne bovine. Pas de conséquence pour l'animal. Lié à la fatigue et à l'inexpérience (1er remplacement seul).
Manque d'étanchéîté de suture lors de césarienne bovine
J'ai pris la décision de faire veler la vache au lieu de faire une césarienne. J'ai déchiré le col sans m'en rendre compte.
Mauvaise suture d'un utérus de vache suite à une césarienne.
Ouverture du mauvais côté sur une vache et déchirure insuturzble de la matrice
J'ai fait faire 10ml pour 100kg alors que c'était 1ml pour 100kg Sur un veau de 1 jour pour le stimuler à téter
Anesthésie imparfaite lors d une castration d un cheval
Non détection d'une gestation gemellaire sur une jument
Mauvaise suture sur une déchirure utérine lors d'une mise bas sur une vache qui a finalement entrainé sa mort plusieurs jours plus tard.

Perforation rectale lors d’examen gynécologique d’une jument
Appelée en élevage bovin pour une vache couchée, on m'avait donné le choix d'y aller ou non parce que l'éleveuse est en grande difficulté financière et très méfiante envers les "petits nouveaux". J'ai voulu y aller quand même. Anamnèse vêlage récent, commémoratifs pas d'historique de trauma, vache au milieu de son box, calme. Examen clinique et ortho, je conclue à une fièvre de lait. Prise de sang, perfusion, elle ne se relève pas immédiatement, je repars pour faire les analyses sanguines. J'y retourne quelques heures après car elle ne s'est toujours pas levée, et il me semble que les bilans sanguins n'étaient pas évocateurs d'une fièvre de lait. Une associée me conseille de faire une péridurale d'anesthésiant au cas où elle s'est équasillée sans que l'éleveuse l'ai vu. Ne se relève toujours pas, je prescrits des AINS à injecter. L'associée y retourne le lendemain car la vache ne s'est toujours pas levée. Elle refait l'examen clinique et met en évidence une fracture du postérieur. La vache est euthanasiée.

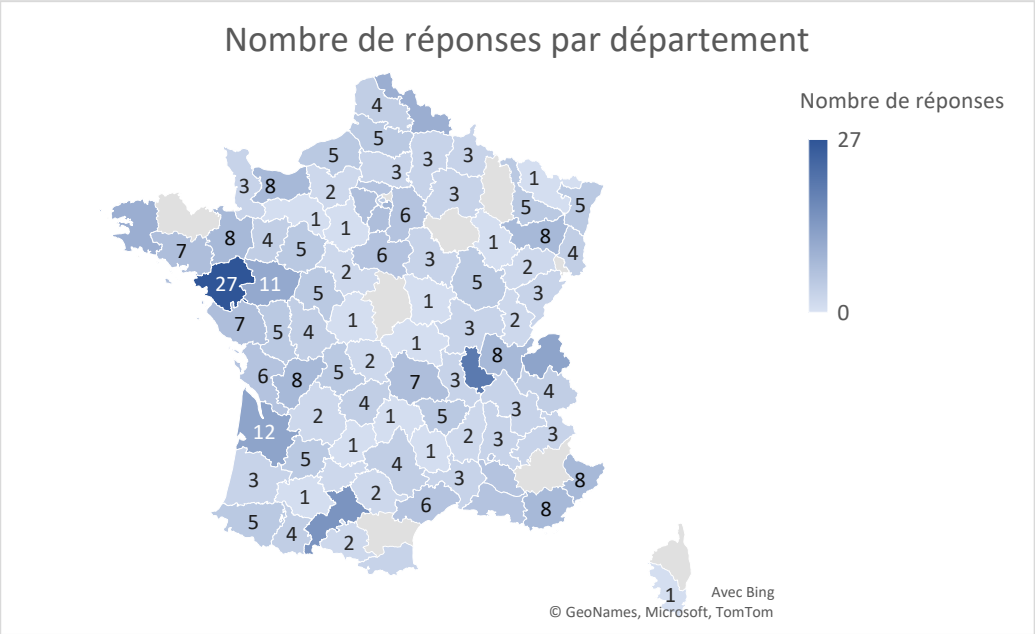
Annexe 7 : Données socio-démographiques des répondants.



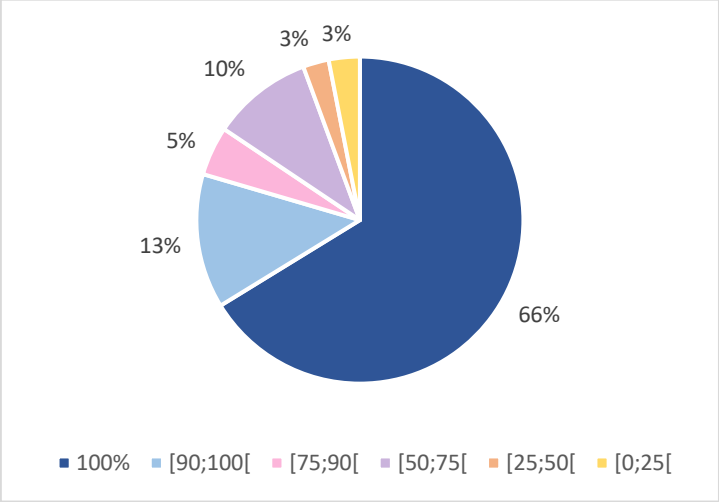
A- Boxplot du nombre d'années d'expérience de l'échantillon
(NB : les auxiliaires de l'échantillon ne sont que des femmes)



B- Distribution de l'échantillon par tranche d'années d'expérience



C- Répartition géographique des répondants.



D- Répartition de l'échantillon par tranche de pourcentage d'exercice en pratique AC

Annexe 8 : Synthèse des résultats de l'étude de Kogan (2018) sur l'impact personnel et professionnel des presqu'accidents et événements indésirables sur les vétérinaires

CT : court terme LT : long terme	Impact vie professionnelle	Impact vie personnelle
Presqu'accident et événement sans conséquence	CT : 64,2% LT : 36,4 %	CT : 63,6% LT : 33,5 %
Événement indésirable	CT : 84,1% LT : 56,2%	CT : 77,8% LT : 50,6%

Annexe 9 : Détail des verbatims des écarts qui ne semblent pas involontaires.

Métier du déclarant	Verbatim	Intérêt du déclarant	Intérêt allégué du collègue impliqué
auxiliaire vétérinaire	Une chienne vue en consultation pour abattement et tremblements. Normotherme,biochimie ok mais GB augmentés. Revue le soir même car abdo très douloureux et fièvre malgré traitements mis en place (elle a été revue par un véto différent). Je pense que ce véto a pris les choses trop "à la légère". Il l'a hospitalisé, sans faire de soins supplémentaires. J'ai pris l'initiative de prendre la température car en faisant la contention pour l'échographie, je l'a trouvais "chaude". Il était tard et le véto n'a pas voulu s'embêter à faire plus à ce moment là.	Erreur diagnostique	Intérêt personnel : souhait de terminer la journée => violation
auxiliaire vétérinaire	Un chat intouchable (surement du à la douleur) était éventré des côtes vraiment jusqu'en bas. Ça sortait même... On l'endors rapidement au gaz pour voir les dégâts, on pose une perf et c'était un samedi chargé, le dr voulait finir ses consultations et ensuite opérer vers midi soit le laisser 4h à attendre. Je venais des debuter (mois d'un mois sans connaissance, j'ai été prise pour un futur gipsa.) le chat se réveille et il était très agité sauf que étant éventré il commençait à halluciner je pense à ça commençait à sortir beaucoup. J'appelle le de en urgence il vient pas. Une fois. Deux fois. Trois fois j'insiste sérieusement et devant le client je dis que j'ai une urgence au chenil pour qu'il Vienne m'aider.. Je n'arrivais pas à calmer le chat plus le stress je n'y arrivais pas. Le dr me dit de le laisser tout seul qu'il allait se calmer et me somme de repartir à l'acceuil. Je reviens néanmoins deux minutes après. Il s'était pendu avec sa tubulure.. Ça m'a enormement choqué j'ai même pas su parler ni réagir. Je m'en souviendrai toute ma vie de ce pauvre chat	Défaut de surveillance et incapcité de faire plus, mais conscience que la prise en charge n'est pas bonne => violation	A priori, pas d'intérêt opérationnel. Plutôt une indiscipline.

vétérinaire	Anesthésier un chat de 18 ans en IRC terminale pour une opération non utile pour lui, mais pédagogique pour moi, sans aucune précaution per opératoire, ayant entrainé sa mort par IRA 96h plus tard avec refus d'euthanasie des propriétaires et mort en cage en service d'hospitalisation	Intérêt personnel : motivation pédadogique personnelle => indicipline	
vétérinaire	CE (caillou) intestinal occlusif à une époque de radio à développement manuel aux bains, donc rébarbative. Prise en charge fluido le we pour chir le lendemain. Si j'avais refait une radio : CE colon descendant donc plus gênant !	Intérêt personnel : éviter un examen rébarbatif => indiscipline	
auxiliaire vétérinaire	Problème de sonde tracheale posée part le chirurgien. J'étais l'asv anesthésiste, et j'ai dit qu'il y avait un problème. Le véto m'a dit "non c'est bon, la sonde est bien, on peut commencer" le chien est décédé par asphyxie après arret cardiorepi, la sonde était trop proxonde, et uniquement dans une bronche... J'étais seule a gérer l'anesthésie et bcp plus jeune, je n'ai pas osé tenir tête au veto, et ne connaissais pas les gestes de réa.	Poursuite de l'anesthésie contre sa volonté, malgré la conscience d'un problème => violation	Ne peut pas conclure en l'absence des motivations du chirurgien.
vétérinaire	Radiographie non effectuée sur chien suspi (tardif) torsion. Quand.j ai réfléchit au fait de faire une radiographie j'étais seule et je n ai pas pu la faire (chien de 40kg) C etait une des mes premières gardes	Intérêt opérationnel : réaliser un diagnostic malgré l'impossibilité technique => violation	
vétérinaire	Je n'ai pas su intuber une chienne yorkshire pour une césarienne. Donc je n'ai pas eu de monitorings. En fin de chirurgie je me suis rendue compte que la chienne était morte	Intérêt opérationnel : réaliser la césarienne malgré l'impossibilité technique	

vétérinaire	Sortie précoce d'un animal hospitalisé pour éviter les animaux en hospitalisation le week-end	violation ou indiscipline : impossibilité de mener à bien les hospitalisations le week-end (intérêt opérationnel) ou souhait d'éviter de faire des hospitalisations (intérêt personnel)	[redacted]

Annexe 10 : Construction des questions pour évaluer la culture de sécurité pour chaque dimension.

Niveau	Dimension	Questions	Construction
Individu	Priorité accordée à la sécurité	La sécurité du patient est-elle une priorité pour vous ? Vous arrive-t-il néanmoins de sacrifier la sécurité des patients au profit d'autres objectifs ? Si oui, lesquels ?	HSOPS
	Perception des erreurs	Travaillez-vous sur les erreurs très rares, occasionnelles, fréquentes, sans gravité avérée mais qui auraient pu être graves, à faible potentiel de gravité ?	HSOPS
	Intérêt de la formation continue	Les erreurs sont-elles un facteur déterminant pour le choix de votre formation continue ?	Q18
	Communication auprès du public	Avez-vous révélé cette erreur [marquante] aux clients ? Si non, pourquoi ?	HSOPS, SAQ
Equipe	Liberté d'expression	Lorsque vous constatez qu'un collègue commet ou a commis une erreur, vous pouvez en discuter librement avec cette personne ?	HSOPS
		Avec quels collègues vous sentez-vous à l'aise pour parler de vos erreurs ?	HSOPS, SAQ
	Culture juste	Quelles sont les réactions de vos collègues lorsque vous faites une erreur ?	HSOPS
		Lorsque des erreurs sont commises, nous en parlons librement au sein de l'équipe ?	HSOPS, SAQ
	Gestion des événements indésirables	Lorsqu'une erreur a lieu, l'équipe se concentre sur le problème plus que sur l'individu.	HSOPS
	Impact du travail d'équipe	Le travail d'équipe affecte-t-il négativement la sécurité des soins dans votre équipe ?	HSOPS, SAQ

Organisation	Perception générale de la sécurité	Si vous deviez attribuer une note générale sur la sécurité des soins de votre établissement, ce serait : Je me sentirais en confiance pour faire soigner mes animaux dans ma structure.	SAQ
	Priorité accordée à la sécurité	Dans ma structure, les problèmes affectant la sécurité des patients sont récurrents. Dans ma structure, la sécurité des soins peut être sacrifiée (volontairement ou involontairement) pour réaliser plus de travail. Concernant le niveau de priorité donné à la sécurité des soins dans votre structure, … ?	HSOPS, SAQ MaPSaF
	Perception des erreurs	Comment le management perçoit-il les erreurs dans votre structure ?	MaPSaF
	Culture juste	Comme le management accueille-t-il les erreurs ?	MaPSaF
	Gestion des événements indésirables	Quel est le mode de gestion des événements indésirables dans votre structure ?	MaPSaF
	Communication auprès du public	Quelle est la communication sur les événements indésirables dans votre structure ?	MaPSaF
	Intérêt de la formation continue	Comment est perçue la formation continue par le management ?	MaPSaF

Annexe 11 : Détail des questions du questionnaire pour évaluer la culture de sécurité.

Questions	Réponses				
Niveau individuel					
La sécurité du patient est-elle une priorité pour vous ?	Pas du tout	Pas vraiment	Neutre	Plutôt	Absolument
Vous arrive-t-il néanmoins de sacrifier la sécurité des patients au profit d'autres objectifs ?	Jamais	Parfois	Neutre	Souvent	Tout le temps
Si oui, lesquels ?	Réponse libre				
Travaillez-vous sur les erreurs suivantes : - Erreurs très rares	Pas du tout	Pas vraiment	Neutre	Plutôt	Absolument
- Erreurs occasionnelles	Pas du tout	Pas vraiment	Neutre	Plutôt	Absolument
- Erreurs fréquentes	Pas du tout	Pas vraiment	Neutre	Plutôt	Absolument
- Erreurs sans gravité avérée mais qui auraient pu être graves	Pas du tout	Pas vraiment	Neutre	Plutôt	Absolument
- Erreurs à faible potentiel de gravité	Pas du tout	Pas vraiment	Neutre	Plutôt	Absolument
Les erreurs sont-elles un facteur déterminant pour le choix de votre formation continue ?	Pas du tout	Pas vraiment	Neutre	Plutôt	Absolument
Niveau d'équipe					
Lorsque vous constatez qu'un collègue commet ou a commis une erreur, vous pouvez en discuter librement avec cette personne ? - Vétérinaire salarié	Non avec aucun		Cela dépend du collègue		Oui avec tous

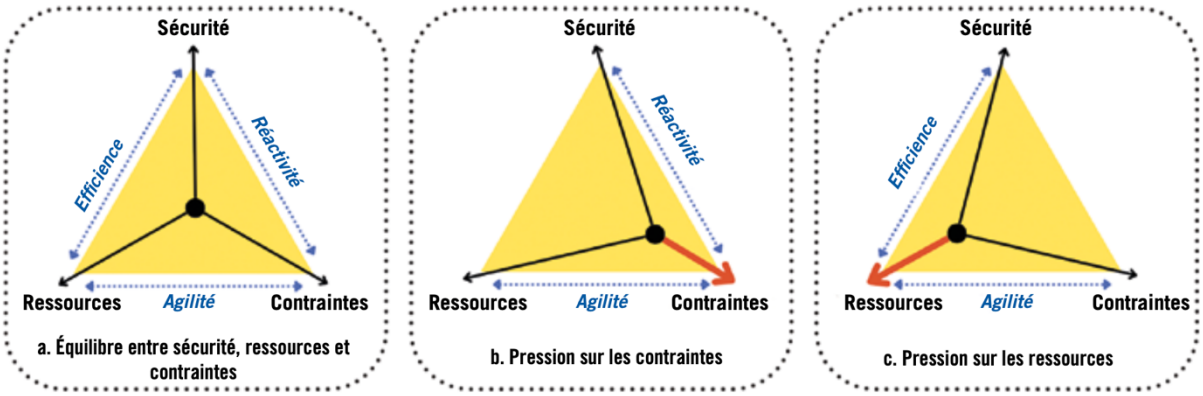
- Vétérinaire associé	Non avec aucun		Cela dépend du collègue		Oui avec tous
- Auxiliaire	Non avec aucun		Cela dépend du collègue		Oui avec tous
Avec quels collègues vous sentez-vous à l'aise pour parler de vos erreurs ? - Vétérinaire salarié	Tous		Certains		Aucun
- Vétérinaire associé	Tous		Certains		Aucun
- Auxiliaire	Tous		Certains		Aucun
Quelles sont les réactions de vos collègues lorsque vous faites une erreur ? - Vétérinaire salarié	Ils me critiquent et me blâment	Ils sont plutôt négatifs	Aucune, ils ne s'en préoccupent pas	Ils sont plutôt positifs	Ils me soutiennent et m'accompagnent
- Vétérinaire associé	Ils me critiquent et me blâment	Ils sont plutôt négatifs	Aucune, ils ne s'en préoccupent pas	Ils sont plutôt positifs	Ils me soutiennent et m'accompagnent
- Auxiliaire	Ils me critiquent et me blâment	Ils sont plutôt négatifs	Aucune, ils ne s'en préoccupent pas	Ils sont plutôt positifs	Ils me soutiennent et m'accompagnent
Lorsque des erreurs sont commises, nous en parlons librement au sein de l'équipe ?	Pas du tout	Pas vraiment	Neutre	Plutôt	Absolument
Le travail d'équipe affecte-t-il négativement la sécurité des soins dans votre équipe ?	Jamais	Parfois	Neutre	Souvent	Tout le temps
Lorsqu'une erreur a lieu, l'équipe se concentre sur le problème plus que sur l'individu.	Pas du tout	Pas vraiment	Neutre	Plutôt	Absolument
Niveau organisationnel					
Si vous deviez attribuer une note générale sur la	1/5 : échec	2/5 : faible	3/5 : acceptable	4/5 : bonne	5/5 : excellente

sécurité des soins de votre établissement, ce serait :					
Dans ma structure, les problèmes affectant la sécurité des patients sont récurrents.	Tout à fait	Plutôt	Ne se prononce pas	Pas vraiment	Pas du tout
Je me sentirais en confiance pour faire soigner mes animaux dans ma structure	Pas du tout	Pas vraiment	Ne se prononce pas	Plutôt	Tout à fait
Concernant le niveau de priorité donné à la sécurité des soins dans votre structure,	Il n'y a pas de volonté de l'améliorer.	Elle n'est travaillée que si un indigent a lieu afin de limiter les dommages pour l'entreprise.	Il y a une volonté managériale d'amélioration mais elle n'implique pas toute l'équipe.	Il y a un profond désir et enthousiasme pour l'améliorer.	Elle est ancrée et intégrée au quotidien de tous.
Quel est le mode de gestion des événements indésirables dans votre structure ?	Déterminer qui est le coupable	Trouver rapidement des solutions spécifiques à l'incident	Une méthode existe en théorie mais est peu utilisée en pratique	Identification des faiblesses et travail collectif réguliers	Analyse en continue par tous
Quelle est la communication sur les événements indésirables dans votre structure ?	Les erreurs sont dissimulées et les	Les événements indésirables sont traités pour calmer	Le travail sur la sécurité des soins est plus un	Le public est informé des	Le public est intégré systématiquement aux réflexions

	plaintes ignorées.	les plaintes des clients.	outil marketing qu'un réel engagement.	évolutions relatives à la sécurité des soins et peut signaler les événements indésirables.	sur la sécurité des soins et est encouragé à signaler les événements indésirables.
Comment le management perçoit-il les erreurs dans votre structure ?	Elles sont le fruit d'aléas liés au patient et d'erreurs individuelles non contrôlables	Elles sont le fruit de circonstances que le management peut rarement contrôler	Il admet qu'elles sont le fruit de facteurs systémiques et individuels. Pourtant, le personnel a l'impression d'être systématiquement jugé comme coupable.	Les erreurs sont traitées comme une combinaison de facteurs individuels et systémiques.	Chacun (individu comme organisation) est conscient de sa part de responsabilité.
Comme le management accueille-t-il les erreurs ?	Culture du blâme : sanction d'un fautif identifié	Plutôt dévalorisation d'un fautif identifié	Ne se prononce pas	Plutôt juste : généralement soutien du personnel	Culture ouverte et juste : soutien et accompagnement du personnel
Comment est perçue la formation continue par le management ?	Coût inutile	Compte uniquement certains manques clairement identifiés	Investissement qui doit apporter un	Utile pour répondre aux faiblesses	Nécessaire ! Adaptable à chacun, aux enjeux flexibles.

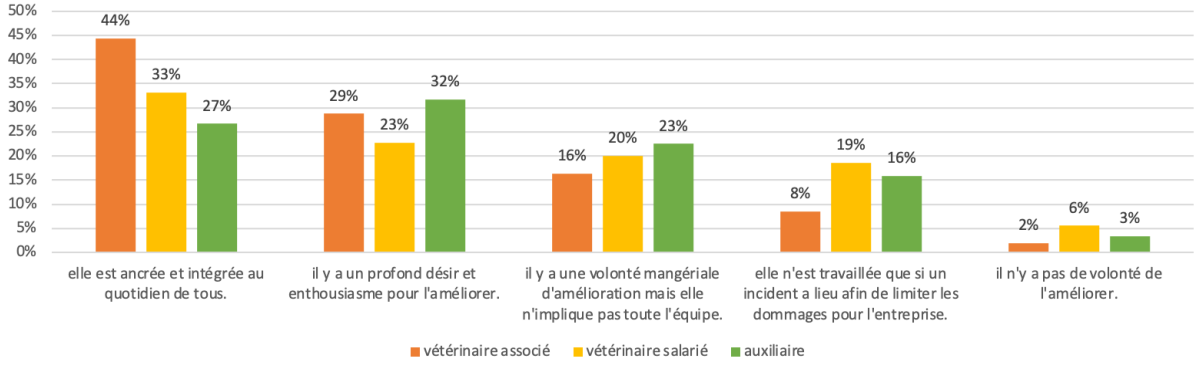
			bénéfice en retour	individuelles et collectives	

Annexe 12 : Triangle d'or ou triangle des contraintes illustrant les relations entre sécurité, contraintes et ressources.

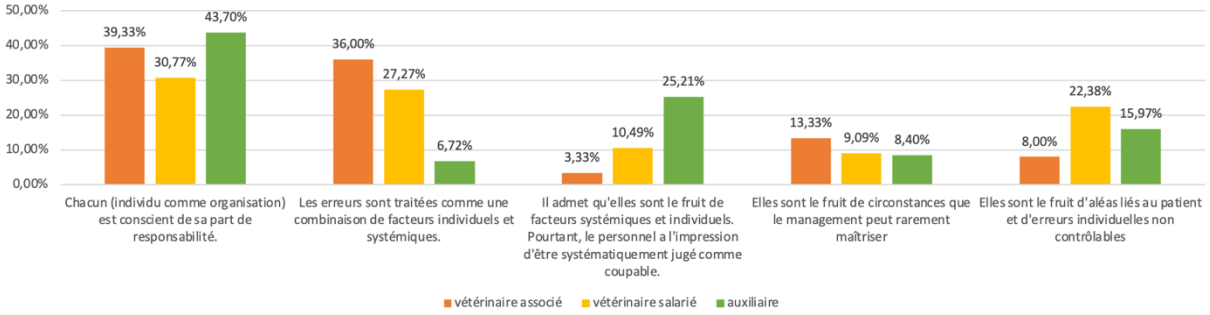


Annexe 13 : Détail des réponses pour chaque question évaluant la culture de sécurité organisationnelle en fonction du métier et du statut.

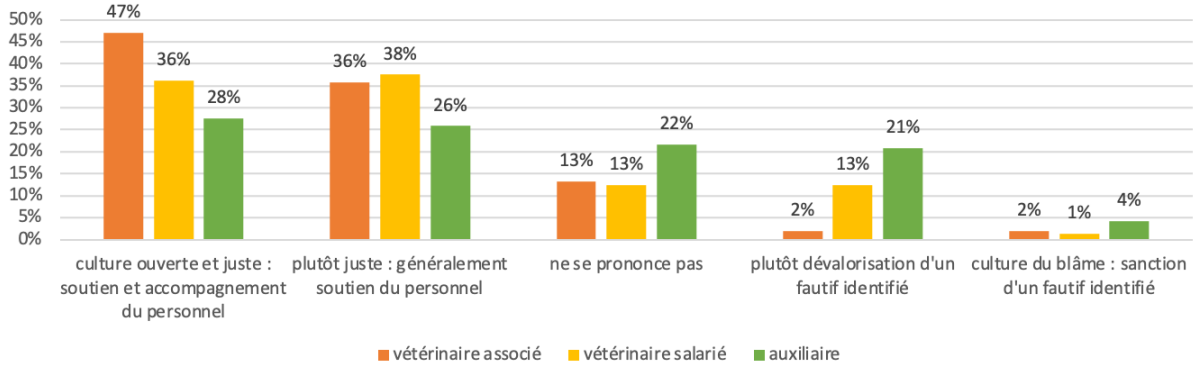
Priorité accordée à la sécurité des soins : Concernant la priorité accordée à la sécurité des soins dans votre structure, quelle est la proposition qui la représente le plus.



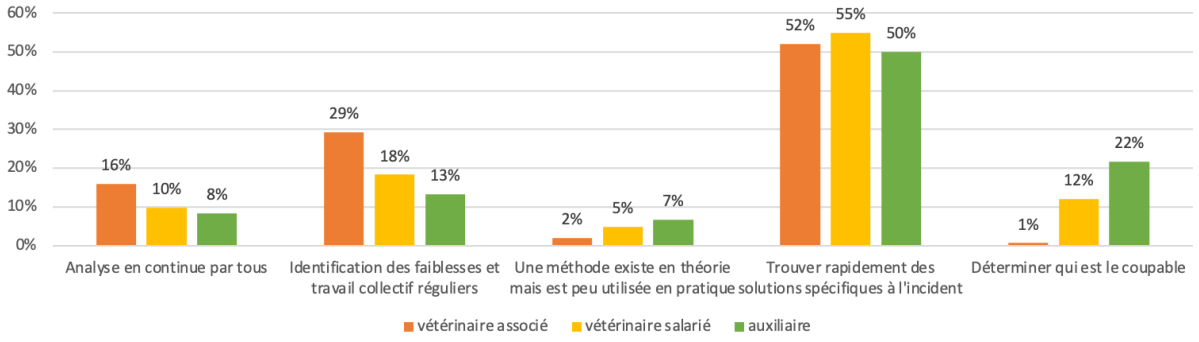
Perception : Comment le management perçoit-il les erreurs dans votre structure ?



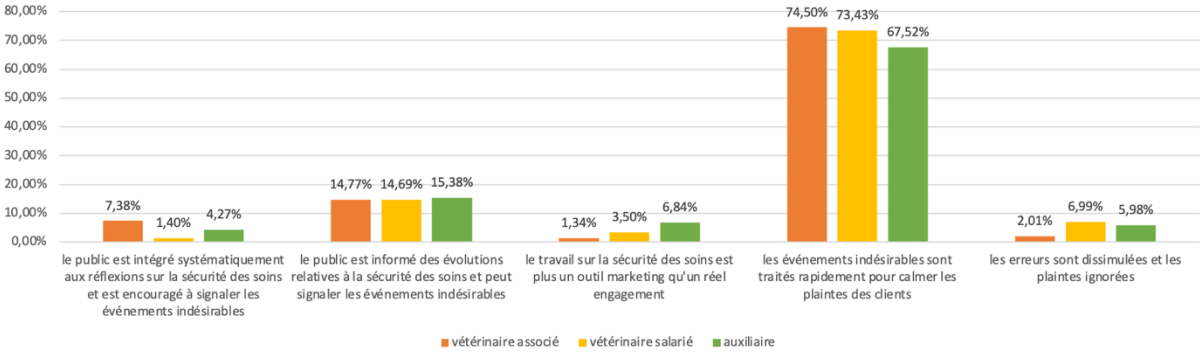
Culture juste : Comment le management accueille-t-il les erreurs ?



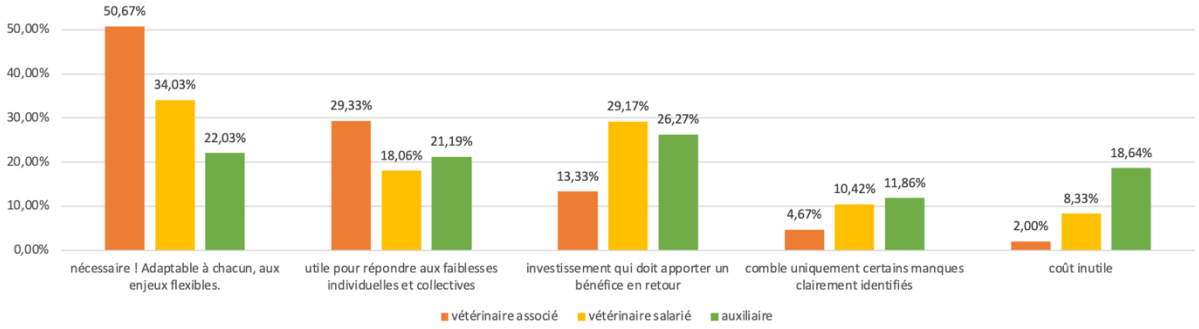
Gestion : Quel est le mode de gestion des événements indésirables dans votre structure ?



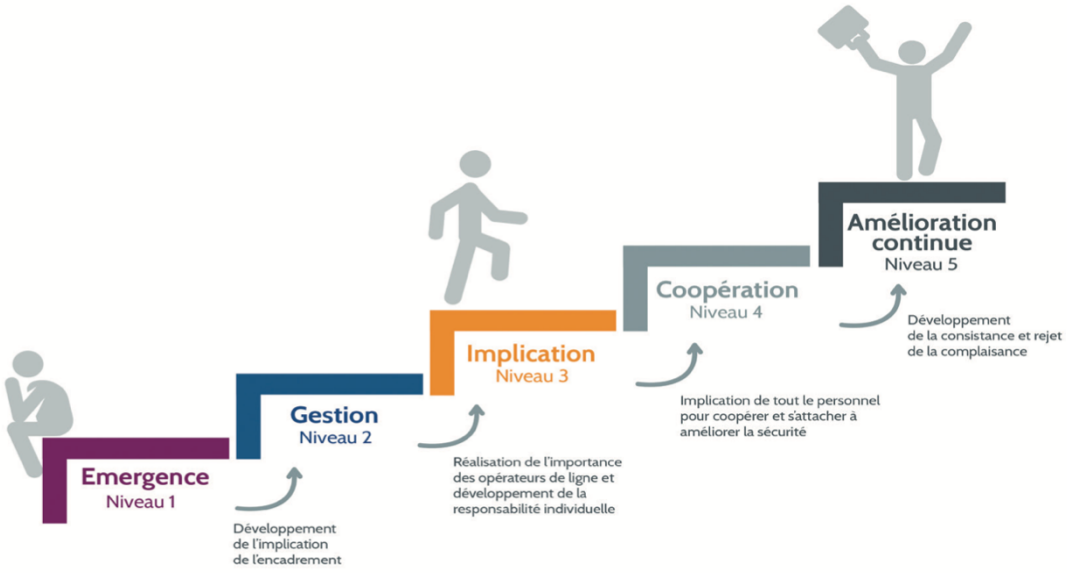
Communication : Quelle est la communication sur les événements indésirables dans votre structure



Formation continue : Comment est perçue la formation continue par le management ?



Annexe 14 : Modèle de maturité de la culture HSE (Keil Centre), extrait de ICSI (2017).



Annexe 15 : Quinze recommandations à mettre en place dans la pratique vétérinaire AC à partir des observations de cette thèse.

Recommandation n°1 : Diffuser, faire connaître et sensibiliser les soignants sur le sujet des erreurs et la sécurité des soins pour lutter contre les idées préconçues et favoriser la prise de conscience de l'importance de la prévention (notamment par l'analyse des presqu'accident).

Recommandation n°2 : Diminuer l'atteinte des patients en favorisant la récupération des erreurs, en particulier en chirurgie, par l'identification des défaillances humaines et organisationnelles propres à sa structure et la conception de barrières adaptées.

Recommandation n°3 : Favoriser l'atténuation des erreurs en reproduction, très létales, en favorisant la détection, la compréhension de l'erreur et les actions d'atténuation proprement dites.

Recommandation n°4 : Prendre conscience du risque important des erreurs médicamenteuses et repenser l'organisation du travail et de l'environnement de travail pour les limiter

Recommandation n°5 : Promouvoir l'utilisation de la checklist et l'intégrer aux pratiques quotidiennes

Recommandation n°6 : Prendre conscience de l'importance du phénomène de seconde victime et être particulièrement vigilent face aux jeunes soignants.

Recommandation n°7 : Une attention particulière doit être accordée au vécu des erreurs graves et potentiellement graves.

Recommandation n°8 : Limiter les excès de culpabilité en objectivant sa responsabilité et en se focalisant sur les actions possibles.

Recommandation n°9 : Développer la culture juste et le soutien pour limiter les peurs liées aux erreurs, en particulier la honte et l'anxiété.

Recommandation n°10 : Former les soignants aux premiers secours psychologiques, les encourager à contacter les dispositifs d'écoute et de soutien dans la profession lors de détresse émotionnelle après une erreur.

Recommandation n°11 : Intégrer la sécurité des patients et les facteurs organisationnels et humains à la formation initiale et dans la recherche en médecine vétérinaire.

Recommandation n°12 : Instaurer le dialogue dans l'équipe pour définir ensemble une vision commune de la sécurité, la stratégie de sécurisation des soins et traiter l'ensemble de l'équipe de la même manière.

Recommandation n°13 : Apprendre à piloter la sécurité, en lui accordant du temps et en se formant. Un enjeu majeur est de s'assurer que l'organisation du travail au sein des structures

permet des conditions favorables à la sécurité. Une attention particulière doit être accordée à la mise en place et au suivi des actions de sécurisation des soins.

Recommandation n°14 : Abaisser le gradient d'autorité, en particulier envers les auxiliaires, pour favoriser la libération de la parole et la contribution de chacun à la sécurité des soins.

Recommandation n°15 : confronter ses freins au dévoilement des erreurs aux bénéfices mis en avant par la littérature et se préparer à l'annonce des erreurs, au moins pour les graves.

Leïla ASSAGHIR

LES ERREURS MEDICALES EN PRATIQUE VETERINAIRE ANIMAUX DE COMPAGNIE – MEDICAL ERRORS IN SMALL ANIMAL VETERINARY PRACTICE

Thèse d'État de Doctorat Vétérinaire : Nantes, le 02 mai 2023

RESUME

Alors que les soignants en médecine humaine travaillent depuis 20 ans pour traiter de manière systémique les erreurs médicales, ce sujet est encore tabou en médecine vétérinaire. Cette thèse explore pour la première fois en France la réalité des erreurs dans la pratique vétérinaire animaux de compagnie : sur la sécurité des soins, dans le vécu des soignants et pour les structures vétérinaires. Une méthodologie mixte est adoptée pour analyser en profondeur les témoignages de 478 vétérinaires et auxiliaires. Le diagnostic des erreurs perçues au quotidien par les soignants révèle que les erreurs médicamenteuses sont fréquentes mais peu graves. En revanche, les erreurs diagnostiques sont les plus mortelles et celles liées aux actes de reproduction sont les plus létales. La plupart des soignants qui commettent ces erreurs ressentent une forte culpabilité, même lorsqu'elles ne sont pas graves. Certaines erreurs marquent plus que d'autres au long cours. Si l'issue médicale conditionne en partie le vécu, de nombreux autres motifs plus subjectifs comme la réaction des collègues ou des propriétaires l'impactent également. Les soignants, équipes et organisations ont une envie manifeste de s'améliorer par rapport à leurs erreurs, mais les principaux freins rencontrés sont la charge de travail ainsi que l'incapacité à gérer les événements indésirables et leur annonce aux clients. La culture de sécurité est perçue différemment en fonction du statut et du métier. Alors que les patrons ont une vision plus positive que les salariés, les auxiliaires se sentent traités avec moins de maturité que leurs collègues vétérinaires. L'importance du sujet pour la sécurité des soins et la sécurité psychologique des soignants relevée par l'ensemble de ces observations contribue à la prise de conscience collective nécessaire de l'importante de s'intéresser aux erreurs médicales. Cette étude permet donc de suggérer des pistes d'amélioration et peut servir de support pour engager le dialogue au sein des équipes et améliorer la liberté d'expression au profit d'une plus grande sécurité.

MOTS CLES :
- Profession vétérinaire
- Qualité des soins de santé
- Sécurité
- Erreur médicale
- Gestion des risques
- Amélioration de la qualité
- Management
- Prise de décision
- Charge émotionnelle

DATE DE SOUTENANCE : le 02 mai 2023