



HAL
open science

Vers une meilleure sécurité des soins vétérinaires : optimisation de la remontée d'informations en établissement de soins vétérinaires

Léa Parisot

► To cite this version:

Léa Parisot. Vers une meilleure sécurité des soins vétérinaires: optimisation de la remontée d'informations en établissement de soins vétérinaires. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04756955

HAL Id: dumas-04756955

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04756955v1>

Submitted on 28 Oct 2024

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.

CAMPUS VÉTÉRINAIRE DE LYON

Année 2024 - Thèse n° 072

**VERS UNE MEILLEURE SÉCURITÉ DES SOINS
VÉTÉRINAIRES : OPTIMISATION DE LA REMONTÉE
D'INFORMATIONS EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS
VÉTÉRINAIRES**

THESE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
(Médecine – Pharmacie)

Et soutenue publiquement le 9 octobre 2024
Pour obtenir le titre de Docteur Vétérinaire

Par

PARISOT Léa

CAMPUS VÉTÉRINAIRE DE LYON

Année 2024 - Thèse n° 072

**VERS UNE MEILLEURE SÉCURITÉ DES SOINS
VÉTÉRINAIRES : OPTIMISATION DE LA REMONTÉE
D'INFORMATIONS EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS
VÉTÉRINAIRES**

THESE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
(Médecine – Pharmacie)

Et soutenue publiquement le 9 octobre 2024
Pour obtenir le titre de Docteur Vétérinaire

Par

PARISOT Léa

Liste des enseignants du 29/08/24

Mme	ABITBOL	Marie	Professeur
M.	ALVES-DE-OLIVEIRA	Laurent	Maître de conférences
Mme	ARCANGIOLI	Marie-Anne	Professeur
Mme	AYRAL	Florence	Maître de conférences
Mme	BECKER	Claire	Professeur
Mme	BELLUCO	Sara	Maître de conférences
Mme	BENAMOU-SMITH	Agnès	Maître de conférences
M.	BENOIT	Etienne	Professeur
M.	BERNY	Philippe	Professeur
Mme	BLONDEL	Margaux	Maitre de conférences
M.	BOURGOIN	Gilles	Maître de conférences
Mme	BRASSARD	Colline	Maitre de conférences (stagiaire)
M.	BRUTO	Maxime	Maître de conférences
M.	BRUYERE	Pierre	Maître de conférences
M.	BUFF	Samuel	Professeur
M.	BURONFOSSE	Thierry	Professeur
M.	CACHON	Thibaut	Maître de conférences
M.	CADORÉ	Jean-Luc	Professeur
Mme	CALLAIT-CARDINAL	Marie-Pierre	Professeur
Mme	CANNON	Leah	Maître de conférences (stagiaire)
M.	CHABANNE	Luc	Professeur
Mme	CHALVET-MONFRAY	Karine	Professeur
M.	CHANOIT	Guillaume	Professeur
M.	CHETOT	Thomas	Maître de conférences
Mme	DE BOYER DES ROCHES	Alice	Professeur
Mme	DELIGNETTE-MULLER	Marie-Laure	Professeur
Mme	DJELOUADJI	Zorée	Professeur
Mme	ESCRIOU	Catherine	Maître de conférences
M.	FRIKHA	Mohamed-Ridha	Maître de conférences
M.	GALIA	Wessam	Maître de conférences
M.	GILLET	Benoit	Maître de conférences
Mme	GILOT-FROMONT	Emmanuelle	Professeur
M.	GONTHIER	Alain	Maître de conférences
Mme	GREZEL	Delphine	Maître de conférences
Mme	HUGONNARD	Marine	Maître de conférences
Mme	JEANNIN	Anne	Inspecteur en santé publique vétérinaire
Mme	JOSSON-SCHRAMME	Anne	Chargée d'enseignement contractuelle
M.	JUNOT	Stéphane	Professeur
M.	KODJO	Angeli	Professeur
Mme	KRAFFT	Emilie	Maître de conférences
Mme	LAABERKI	Maria-Halima	Maître de conférences

Mme	LAMBERT	Véronique	Maître de conférences
Mme	LE GRAND	Dominique	Professeur
Mme	LEBLOND	Agnès	Professeur
Mme	LEDOUX	Dorothée	Maître de conférences
M.	LEFEBVRE	Sébastien	Maître de conférences
Mme	LEFRANC-POHL	Anne-Cécile	Maître de conférences
M.	LEGROS	Vincent	Maître de conférences
M.	LEPAGE	Olivier	Professeur
Mme	LOUZIER	Vanessa	Professeur
M.	LURIER	Thibaut	Maître de conférences
M.	MAGNIN	Mathieu	Maître de conférences
M.	MARCHAL	Thierry	Professeur
Mme	MOSCA	Marion	Maître de conférences
M.	MOUNIER	Luc	Professeur
Mme	PEROZ	Carole	Maître de conférences
M.	PIN	Didier	Professeur
Mme	PONCE	Frédérique	Professeur
Mme	PORTIER	Karine	Professeur
Mme	POUZOT-NEVORET	Céline	Professeur
Mme	PROUILLAC	Caroline	Professeur
M.	RACHED	Antoine	Maître de conférences
Mme	REMY	Denise	Professeur
Mme	RENE MARTELLET	Magalie	Maître de conférences
M.	ROGER	Thierry	Professeur
M.	SAWAYA	Serge	Maître de conférences
M.	SCHRAMME	Michael	Professeur
Mme	SERGENTET	Delphine	Professeur
Mme	STORCK	Fanny	Professeur
M.	TORTEREAU	Antonin	Maître de conférences
Mme	VICTONI	Tatiana	Maître de conférences
M.	ZENNER	Lionel	Professeur

Remerciements au jury

A Monsieur le professeur Jean-Luc CADORÉ de VetAgroSup, campus vétérinaire de Lyon

Pour l'attention portée à ce travail.

**A Monsieur et Madame les professeurs Luc CHABANNE et Denise REMY de VetAgroSup,
campus vétérinaire de Lyon**

Pour avoir accepté de prendre de leur temps pour évaluer ce travail. Leurs contributions et commentaires ont été d'une grande valeur pour affiner et enrichir ma réflexion.

A la Docteure Leïla ASSAGHIR

Pour son inspiration, ses conseils avisés et son encadrement tout au long de ce parcours. Ton soutien constant et ta rigueur ont été des éléments moteurs dans la concrétisation de ce projet.

Table des matières

LISTE DES ANNEXES	11
LISTE DES FIGURES	13
LISTE DES TABLEAUX	15
LISTE DES ABREVIATIONS	17
INTRODUCTION	19
PREMIERE PARTIE.....	23
GERER LA SECURITE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS VETERINAIRES.....	23
1. LES ERREURS EN MEDECINE VETERINAIRE : UN SUJET IMPACTANT POUR LES PATIENTS, LES CLIENTS ET LES EQUIPES VETERINAIRES	23
1.1 <i>Fondements et contours de l'erreur</i>	23
1.1.1 Définition de l'erreur médicale	23
1.1.2 Mécanisme de l'erreur.....	24
1.1.3 Expérience et routine : des facteurs contributifs ?	25
1.2 <i>Les types d'erreurs</i>	27
1.2.1 Classification des erreurs	27
1.2.2 Erreurs médicamenteuses et erreurs de communication.....	28
1.3 <i>Impact des erreurs : patients, propriétaires et vétérinaires</i>	31
1.3.1 Conséquences sur la santé animale	31
1.3.2 Répercussions sur les propriétaires d'animaux.....	32
1.3.3 Effets psychologiques et burnout chez les praticiens vétérinaires	34
2. LA GESTION DE LA SECURITE	35
2.1 <i>Agir sur les causes profondes des accidents</i>	35
2.1.1 D'une action individuelle à une action systémique	35
2.1.2 De Safety I à Safety II	38
2.2 <i>Agir sur la culture de sécurité</i>	39
2.2.1 Fondement et importance	39
2.2.2 Libérer la parole autour des erreurs	40
2.2.3 La nécessité d'une culture juste.....	41
2.3 <i>Accompagner les parties prenantes</i>	43
2.3.1 L'annonce aux clients.....	43
2.3.2 L'accompagnement des praticiens.....	45
3. LES OUTILS DE L'AMELIORATION DE LA SECURITE ET DE LA REMONTEE D'INFORMATIONS	46
3.1 <i>Le retour d'expérience ou RETEX</i>	46
3.1.1 Origine et définition du retour d'expérience (RETEX).....	46
3.1.2 Critères de réussite du RETEX en médecine vétérinaire	48
3.2 <i>La revue de morbi-mortalité (RMM) : un outil judiciaire d'amélioration continue dans nos hôpitaux de santé humaine</i>	50
3.3 <i>Briefing et débriefing deux outils managériaux d'amélioration continue</i>	51
3.3.1 définitions	51
3.3.2 Comparaison débriefing et feedback.....	52
3.4 <i>Les freins à prévoir à la remontée d'informations</i>	52
3.5 <i>Les outils qui répondent le mieux à ces freins</i>	53
DEUXIEME PARTIE	55
ANALYSE PRATIQUE ET MISE EN ŒUVRE À LA CLINIQUE SEINEVET	55
1. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET.....	55
1.1 <i>Présentation de la clinique vétérinaire SeineVet et de son environnement professionnel</i>	55
1.2 <i>Rôle de l'outil RETEX dans l'amélioration des pratiques de la clinique SeineVet</i>	56
2. LE FORMULAIRE DE RETOUR D'EXPERIENCE	57

2.1 Objectifs.....	57
2.2 Protocole d'enquête	57
2.3 Conception du formulaire	58
2.3.1 Le formulaire de retour d'expérience	58
2.3.2 Ouvert, confidentiel ou anonyme ?	58
2.3.3 Choix du nombre de questions	58
2.3.4 Déclarer uniquement ses propres EIAS ?	59
2.3.5 Architecture du questionnaire	60
2.3.5 Choix du support.....	60
2.3.6 Entretiens individuels et co-création	61
3. LA FORMATION DE REFERENT SECURITE	62
3.1 Objectifs.....	62
3.2 Population cible	62
3.3 Conception de la formation	63
3.3.1 Modalités	64
3.3.2 Supports choisis	64
3.3.3 Choix du contenu de la formation	65
3.4 Réalisation effective de la formation.....	65
3.5 Feedback à l'issue de la formation	65
4. LES VIDEOS DE VULGARISATION SCIENTIFIQUE SUR YOUTUBE®	66
4.1 Sujets des vidéos.....	66
4.2 Modalités techniques et choix de réalisation	67
4.3 Plateforme de diffusion et diffusion de l'information au sein de SeineVet.....	68
TROISIEME PARTIE	69
ANALYSE DES BESOINS DE SEINEVET ET RESULTATS A LA SUITE DE LA MISE EN PLACE DES DISPOSITIFS	69
1. LES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS.....	69
1.1 Choix du type d'entretien	69
1.2 Modalités des entretiens individuels	70
1.3 Analyse des résultats des entretiens.....	73
2. ANALYSE DE LA QUANTITE D'INFORMATIONS REMONTEES A LA SUITE DE LA MISE EN PLACE DES DISPOSITIFS	79
2.1 Premier temps : questionnaire de retour d'expérience seul	79
2.2 Second temps : questionnaire et formation de référents	79
2.3 Troisième temps : questionnaire, formation et vidéos YouTube	80
2.4 Analyse de ces résultats.....	80
3. PRECONISATIONS ET RECOMMANDATIONS POUR MAINTENIR L'OUTIL DANS LE TEMPS	80
3.1 Recommandations globales	80
3.2 REX ascendant et REX descendant : diffuser l'information pour maintenir la motivation	81
3.2.1 L'importance de boucler la boucle du REX.....	81
3.2.2 Chronologie du partage de l'information.....	81
3.2.3 Choix des canaux de diffusion pour la diffusion de l'information.....	81
3.2.4 Contenu diffusé.....	83
4. DISCUSSION	83
CONCLUSION	89
BIBLIOGRAPHIE	91
ANNEXES.....	101

Liste des annexes

ANNEXE 1 : MODELE DE CLASSIFICATION INTERNATIONALE POUR LA SECURITE DES PATIENTS DE L'OMS...	101
ANNEXE 2 : MODELE DE L'HFACS.....	102
ANNEXE 3 : EXTRAITS D'UN FORUM DEMONTRANT L'INSATISFACTION CLIENT A L'EGARD DES ERREURS MEDICALES.....	103
ANNEXE 4 : GUIDE POUR LES ENTRETIENS INDIVIDUELS DU PERSONNEL DE LA CLINIQUE SEINEVET.....	105
ANNEXE 5 : PREMIERE VERSION DU FORMULAIRE PRESENTE AUX PARTICIPANTS DES ENTRETIENS	107
ANNEXE 6 : FORMULAIRE FINAL DE RETOUR D'EXPERIENCE.....	112
ANNEXE 7 : SUPPORTS REALISES A BUT PEDAGOGIQUE POUR LA FORMATION SECURITE.....	114

Liste des figures

FIGURE 1 : DIAGRAMME DES ERREURS D'APRES JAMES REASON	25
FIGURE 2 : TRADUCTION DU MODELE SEIPS DU SYSTEME DE TRAVAIL ET DE LA SECURITE DES PATIENTS	28
FIGURE 3 : TRADUCTION DU MODELE D'ANALYSE DE LA COMMUNICATION VETERINAIRE	30
FIGURE 4 : REPRESENTATION GRAPHIQUE DU MODELE DU FROMAGE SUISSE DE JAMES REASON	37
FIGURE 5 : PYRAMIDE DE SECURITE DE BIRD	47
FIGURE 6 : REPRISE DE LA PYRAMIDE DE BIRD POUR LES ACCIDENTS MAJEURS ET MINEURS	48
FIGURE 7 : EXEMPLE D'UNE FIGURE APPARTENANT AU MEMO CONSTRUIT POUR LA FORMATION DE REFERANT SECURITE	64
FIGURE 8 : IMAGE D'UNE DES VIDEOS MISES EN LIGNES SUR YOUTUBE®	67
FIGURE 9 : NUAGE DES MOTS LES PLUS REPETES LORS DES ENTRETIENS INDIVIDUELS.....	79

Liste des tableaux

TABLEAU I : CARACTERISTIQUES DES TROIS TYPES D'ENTRETIENS.....	69
TABLEAU II : ÉTAPES A LA MISE EN PLACE D'ENTRETIENS INDIVIDUELS.....	70
TABLEAU III : ANALYSE DES VERBATIMS ET CLASSEMENT EN CATEGORIES ET SOUS-CATEGORIES.....	73

Liste des abréviations

AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality
Art. : Article
AMDE : Analyse des Modes de Défaillances et Effets
ASRS : Aviation Safety Reporting System
ASV : Assistant Spécialisé Vétérinaire
BU : Business Unit
CISM : Critical Incident Stress Management
EIAS : Événement indésirable lié aux soins
EIGS : Événement Indésirable Grave associé aux Soins
EIG : Événement Indésirable Grave
EPR : Événement porteur de risque
FOH : Facteurs Organisationnels et Humains
HAS : Haute Autorité de Santé
HFACS : Human Factors Analysis and Classification System
ICSI : Institut pour une Culture de Sécurité Industrielle
IRSN : Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire
IVC : Independent Vet Care
MC-ESV : Management et Communication en Établissement de Soins Vétérinaires
NOMV : Not One More Vet
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OIE : Organisation Mondiale de la Santé Animale
QR : Quick Response (en français, "réponse rapide")
RCVS : Royal College of Veterinary Surgeons
RETEX ou REX : RETour d'EXpérience
RH : Ressources Humaines
RMM : Revue de Morbi-Mortalité
SEIPS : Systems Engineering Initiative for Patient Safety
URL : Uniform Resource Locator (en français, « localisateur uniforme de ressource »)
VDS : Veterinary Defence Society
VHMA : Veterinary Hospital Managers Association

Introduction

Primum non nocere : “en premier, ne pas nuire”. Si la phrase ne se trouve pas dans le serment d’Hippocrate en tant que telle, c’est un adage appris tôt en médecine vétérinaire. Exprimer qu’aucun soin n’est inoffensif, il nous engage à appliquer le principe de prudence dans notre quotidien de soignant vétérinaire.

Or, aujourd’hui, les erreurs médicales seraient la troisième cause de mort dans les hôpitaux de médecine humaine aux États-Unis, et sont une source d’augmentation du temps d’hospitalisation ainsi que des comorbidités. Si elles peuvent s’avérer fatales, le principe de prudence nous motive donc à les limiter, à les surveiller et à les contrôler.

Bien qu’en aviation, les premiers plans de gestion de la sécurité apparaissent dès 1940, et que cela fasse 20 ans que la notion est apparue dans les hôpitaux humains, le sujet de la sécurité des patients est décrit comme « embryonnaire » en médecine vétérinaire (McMillan, 2014)

L’importance des erreurs humaines dans les accidents révèle toute sa valeur pivot en 1977, quand deux Boeing 747 entrent en collision à l’aéroport de Ténérife, prenant la vie de 583 personnes et entrant dans l’histoire comme le pire accident de l’histoire de l’aviation. Depuis, l’erreur humaine ne cesse de s’illustrer à de nombreuses reprises à Granville (1977), Bhopal (1984), sur Challenger puis à Tchernobyl (1986) et dans le Golfe d’Alaska avec l’Exxon Valdez (1989). L’histoire de nos erreurs est riche et tragique, poussant l’être humain à s’améliorer jusqu’à atteindre les systèmes de haute fiabilité présents aujourd’hui.

L’importance des facteurs humains (facteurs organisationnels et humains, FOH) dans la survenue d’erreurs médicales est indéniable. Selon l’Institut pour une Culture de Sécurité Industrielle (ICSI), les FOH englobent les conditions organisationnelles, managériales et individuelles qui peuvent influencer les comportements et la prise de décision, impactant ainsi la sécurité des patients. L’ICSI décrit également que “*L’analyse approfondie d’un évènement - que ce soit un incident, un accident ou un presque accident - constitue un gisement de connaissances et d’expériences dont l’exploitation est un facteur de progrès.*” On passe d’une vision d’erreur humaine individuelle liée à l’écart de l’individu à une vision systémique où les menaces ont autant de poids que l’erreur elle-même.

En médecine vétérinaire, la profession anglo-saxonne s’intéresse depuis peu à la thématique. Au Royaume-Uni, le Royal College of Veterinary Surgeons (RCVS) et son organisation caritative, RCVS Knowledge consacre un volet à l’amélioration des soins vétérinaires, et une série d’articles sur

l'amélioration de la qualité des soins est accessible sur leur plateforme, avec une rubrique dédiée à la sécurité des patients. The Veterinary Defence Society (VDS), une société d'assurance professionnelle offre des conseils et un soutien aux vétérinaires en matière de responsabilité professionnelle, y compris en cas de litiges liés à la sécurité des soins. Aux États-Unis, L'Université Cornell lance en 2015 un premier plan de sécurité des soins. The Veterinary Hospital Managers Association (VHMA) propose des ressources et des formations continues pour aider les gestionnaires d'hôpitaux vétérinaires à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. En France, certains groupes commencent à structurer des services qualité et sécurité : AniCura crée en 2021 le système APSIS de déclaration des incidents et IVC Evidencia propose également un plan de gestion des risques (AniCura, 2021)

Plusieurs problématiques s'opposent aujourd'hui aux plans de management des erreurs. D'une part, la création et le maintien d'une bonne culture de sécurité. S'ajoute à cela la compréhension des incidents à travers différents outils, nécessitant du personnel formé à ces pratiques. L'accompagnement du changement dans les cliniques vétérinaires ainsi que les mise en place et l'acceptation par les équipes de nouveaux dispositifs. Parmi l'ensemble de ces problématiques, la première pierre à l'édifice consiste à oser parler et déclarer les erreurs, afin de progresser à partir d'elles.

Ce travail de thèse se concentre sur un aspect important de la gestion des erreurs : la construction d'un système de remontée d'informations appliqué à un établissement de soins vétérinaires, la clinique vétérinaire Seinevet de Boos (76520). Il s'agit d'analyser les pratiques actuelles, d'évaluer les besoins des vétérinaires et des propriétaires d'animaux, d'examiner les facteurs qui influencent la qualité de nos pratiques, et enfin, de proposer des stratégies et des outils pour l'améliorer. L'objectif ultime est de développer un outil accessible permettant de débriefer les accidents, d'accompagner l'équipe vétérinaire, et de favoriser l'amélioration continue en comprenant les causes de l'erreur et en mettant en place des barrières pour prévenir leur récurrence.

En développant un outil pour détecter et remonter les erreurs, ce travail vise à fournir des indications précises sur ce qui doit être dit, comment cela doit être dit, ainsi que les raisons, les lieux, les personnes impliquées, et les moments appropriés pour parler des erreurs. Cela permettra d'analyser les pratiques actuelles de communication après une erreur, d'évaluer les besoins des vétérinaires et des propriétaires d'animaux, d'examiner les facteurs influençant la qualité de cette

communication, et de proposer des stratégies et des outils pour améliorer cette communication post-erreur dans la pratique vétérinaire.

Nous nous pencherons donc sur la problématique suivante :

Comment optimiser la remontée d'informations en établissement de soins vétérinaires ?

Pour répondre à cette problématique, nous nous pencherons d'abord sur une étude bibliographique nous permettant de cerner les contours du sujet, ainsi que de comprendre le mécanisme de l'erreur, les dispositifs en place en établissement de santé humaine et les freins que ceux-ci rencontrent.

Dans un second temps, nous verrons ce que nous avons adapté, construit et mis en place dans un établissement de soins vétérinaires, la clinique SeineVet à Boos (76520)

Puis, dans un troisième temps, nous discuterons les résultats de ces dispositifs et les limites de ceux-ci.

PREMIERE PARTIE

GERER LA SECURITE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS VETERINAIRES

1. Les erreurs en médecine vétérinaire : un sujet impactant pour les patients, les clients et les équipes vétérinaires

1.1 Fondements et contours de l'erreur

1.1.1 Définition de l'erreur médicale

Selon Grober et Bohlen (2005), une erreur médicale est définie comme un acte d'omission ou de commission dans la planification ou l'exécution qui contribue ou pourrait contribuer à un résultat imprévu. Elles peuvent entraîner des conséquences néfastes pour le patient, allant de légères complications à des séquelles graves, voire fatales. Ces erreurs peuvent résulter d'un manque de connaissances, d'une mauvaise interprétation, d'une distraction ou d'autres facteurs humains. Elles englobent des situations telles que la prescription d'un médicament inadapté, une erreur de dosage, un diagnostic erroné ou une intervention chirurgicale sur le mauvais site.

En médecine humaine, on parle d'un événement indésirable associé aux soins (EIAS) qui est défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme des *“événements défavorables pour le patient, ayant un caractère certain de gravité et associés à des soins réalisés lors d’investigations, de traitements ou d’actions de prévention”*. La HAS décline cette définition selon le niveau de gravité de l'événement indésirable, et définit donc deux sous-catégories :

– l'événement porteur de risque (EPR) lorsque l'EIAS n'a pas eu de conséquence ou lorsque les conséquences ont pu être évitées ou limitées. On parle aussi de *near miss, near hit, close call* (Échappée belle, presque accident, presque événement), etc. ;

– l'événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) lorsque les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

Les erreurs médicales constituent un sous-ensemble des événements indésirables liés aux soins (EIAS), qui sont des incidents imprévus survenant au cours de la prise en charge d'un patient et pouvant lui causer un préjudice, même en l'absence d'une erreur médicale. Les EIAS englobent un large éventail de situations, notamment les chutes de patients, les infections nosocomiales, les réactions allergiques aux médicaments et les complications post-opératoires, même si l'intervention a été réalisée correctement. Toute erreur médicale est un EIAS, mais tous les EIAS ne sont pas des erreurs médicales. Un EIAS peut survenir même si les soins ont été prodigués dans les règles de l'art, en raison de facteurs indépendants de la volonté des professionnels de santé.

Ces définitions englobent une vue assez large et peuvent être appliquées facilement au domaine de la médecine vétérinaire.

1.1.2 Mécanisme de l'erreur

Dans une optique où l'on ne se rend pas au travail pour commettre des erreurs volontairement, James Reason (2000) théorise qu'une grande part des erreurs sont faites dans le cadre d'un système qui nous encourage à les faire et établit une nouvelle manière de raisonner à partir d'elles. Il établit d'abord un diagramme (traduit en figure 1) classifiant les types d'erreurs auxquels nous sommes confrontés. Son principal critère de différenciation étant le caractère intentionnel ou non de l'erreur : dans un cadre non intentionnel, on différencie les "*slips*" et "*lapses*" s'approchant de la traduction de "raté" et "lapsus" qui font référence à des actions incorrectes et à des oublis involontaires. Du côté intentionnel, on différencie les "fautes"¹ ou "violations". Les premières sont dues à des erreurs de connaissance, ou à la mauvaise application de règles. Les secondes ont pour but de satisfaire un objectif personnel ou de rentabilité. Une fois ce cadre posé, Reason décrit deux grandes composantes pouvant être différenciées dans l'erreur : l'erreur active et les facteurs latents.

L'erreur active est définie comme l'erreur finale réalisée par la personne en bout de chaîne, l'action inexacte ou incorrecte directement observable par le système. Cette erreur active est largement encouragée par nombre de facteurs latents ou causes profondes, qui sont des causes qui ne sont pas immédiatement observables mais qui participent à la survenue d'erreurs actives. Ces causes profondes ou "facteurs" peuvent être techniques, humains ou

¹ On ne parle pas ici de faute au sens juridique du terme mais d'une traduction littérale d'un terme anglo-saxon. Cette traduction est discutable et ne reflète pas réellement l'action réalisée

organisationnels et sont à la fois nombreux et dépendants du système dans lequel on se trouve.

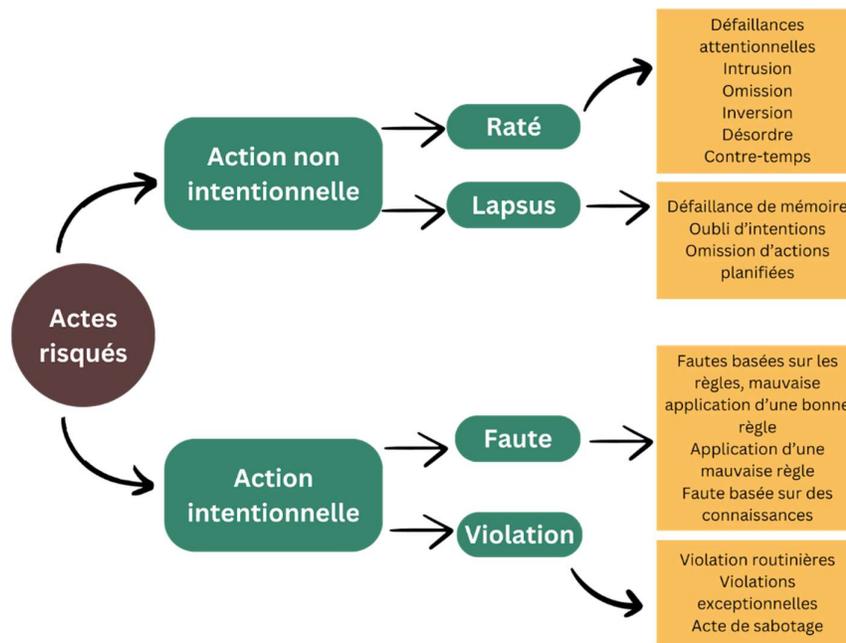


Figure 1 : diagramme des erreurs d'après James Reason (Reason, 2000)

Manager le facteur humain et ses composantes permettrait donc de gérer les erreurs et de les limiter. Toutefois, même si on reconnaît la part systémique de l'erreur, on ne peut pas entièrement supprimer le facteur humain et, tant que l'humain prendra part dans les processus, l'erreur persistera. L'accident de Tenerife (1998) est un bel exemple d'une catastrophe aéronautique imputable uniquement à des facteurs humains comme la barrière de la langue, ou les mécanismes de la hiérarchie (McCreary, 1998)

1.1.3 Expérience et routine : des facteurs contributifs ?

Dans la littérature, si on estime qu'il faut 20 heures pour apprendre une nouvelle compétence comme jouer de la harpe ou se mettre au hockey sur gazon, on compte qu'il en faut 10 000 heures pour en devenir expert (Ericsson, 2006). Ces 10 000 heures, une fois modelées sous forme d'un 35hr/semaine, deviennent 5 années de pratique. Les étudiants vétérinaires français, arrivés à Bac+7 et au terme de 5 années d'école et avec des semaines de travail dont le travail personnel fait souvent dépasser 35 heures, peuvent donc être considérés, si pas comme des experts, au moins comme compétents.

Pourtant, le manque de soutien et de supervision revient comme un facteur prédisposant à l'erreur dans 1/4 des cas (Mellanby *et al.*, 2004). En médecine humaine, 44

pourcents des jeunes médecins commettraient une erreur majeure dans leur première année de pratique (Baldwin *et al.* 1998). En partant de là, la formation, l'expérience et la compétence ont l'air d'être des valeurs pivots nous permettant d'éviter une bonne part des erreurs.

Pour l'institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN, 2011), la compétence se développe en situation de travail et se construit avec l'expérience, renforcée par la pertinence des décisions prises et des actions réalisées. C'est la capacité à atteindre un résultat défini au préalable, ainsi que la capacité à « faire face » aux imprévus (IRSN, 2011). Compétence et expérience seraient donc intimement liées, et le manque d'expérience jouerait grandement sur notre compétence, et donc notre probabilité de commettre une erreur.

Mais les erreurs imputables à un manque d'expérience ou une erreur de jugement ne représentent qu'une part des erreurs commises. Comprendre que les erreurs ne sont pas toujours le résultat d'un manque de compétence permet de mieux appréhender les mécanismes sous-jacents et de développer des stratégies plus efficaces pour les prévenir. *“La plupart des erreurs surviennent dans des situations qui sont familières, routinières, et dans des conditions qui n'exigent généralement pas l'attention consciente de l'opérateur.”* (Reason, 2000).

C'est le cas pour toutes les erreurs qui sont commises dans le cadre des “erreurs non intentionnelles”. En effet, notre cerveau fonctionne une grande partie de notre temps en mode automatique : nous n'avons pas à réfléchir à la décomposition des étapes qui nous permettront d'ouvrir le portail du jardin ou de saisir un verre d'eau. La succession des étapes, le bon ordre de leur enchaînement et la fluidité de leur réalisation sont des tâches inconscientes qui ne nécessitent pas d'y réfléchir. Or, comme toute machine, notre cerveau commet des erreurs. Par habitude, il bâcle une étape ou réalise le mauvais mouvement au mauvais moment. Si les situations de routine sont le plus à risque, c'est car nous nous permettons de confier l'exécution de ces tâches à risque à notre cerveau, et n'y prêtons pas une attention consciente.

Il est important de noter que la compétence d'une personne n'élimine pas les erreurs et les lapsus. Même les professionnels hautement qualifiés restent soumis à des limitations cognitives. Chez les cliniciens, ces limitations cognitives sont responsables de 51 % des erreurs commises (Leape, 1999). En matière de sécurité, notamment dans les secteurs critiques, des similitudes ont été démontrées entre les professions de la santé humaine et celles de

l'aéronautique. Par extension, on peut supposer que des similitudes existent également entre les professions vétérinaires et médicales humaines (Sexton *et al.*, 2000).

Pour Llewellyn *et al.* (2009), son étude sur 30 412 anesthésies démontre que les erreurs d'administration en anesthésie ne sont impactées ni par les compétences, l'expérience de l'anesthésiste ou le contexte d'urgence. Plusieurs autres études recherchant les causes profondes d'erreur identifient les interruptions, l'oubli, le biais de confirmation, le manque de *leadership* ou de supervision, les échecs de communication, les produits ressemblants et la surcharge de travail, mais pas l'incompétence ou le manque d'expérience (Oxtoby *et al.* 2015)

1.2 Les types d'erreurs

1.2.1 Classification des erreurs

Classifier les erreurs en médecine, qu'elle soit humaine ou vétérinaire, est une tâche difficile et controversée : la nature complexe des erreurs médicales rend difficile leur catégorisation précise. Il n'y a aujourd'hui aucun consensus sur la classification des erreurs, et celles-ci varient donc largement. Les erreurs peuvent, entre autres, être classées en fonction de l'erreur active, des facteurs latents l'ayant causée, ou en fonction de leurs conséquences. Cette approche binaire, autrefois utile pour identifier les responsabilités, est désormais perçue comme limitante, car elle occulte souvent les causes systémiques complexes qui contribuent à ces événements. La tendance actuelle privilégie une approche d'amélioration continue, axée sur l'analyse approfondie des événements.

Le modèle de Reason, par exemple, se concentre sur les erreurs actives et latentes, mettant en évidence la différence entre les actions immédiates des professionnels et les défaillances systémiques sous-jacentes. Le modèle *Human Factors Analysis and Classification System* (HFACS), basé sur celui de Reason, se concentre sur les erreurs opérationnelles et les conditions préexistantes (ANNEXE I) (HFACS, 2022). Les systèmes d'analyse des événements indésirables de la HAS distinguent les types d'erreurs (erreurs de diagnostic, de traitement, de prévention, liées à l'organisation des soins, liées aux produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux, produits sanguins labiles) (HAS, 2021), tandis que le *Systems Engineering Initiative for Patient Safety* (SEIPS) met l'accent sur les facteurs humains, technologiques et organisationnels (Carayon *et al.*, 2006).

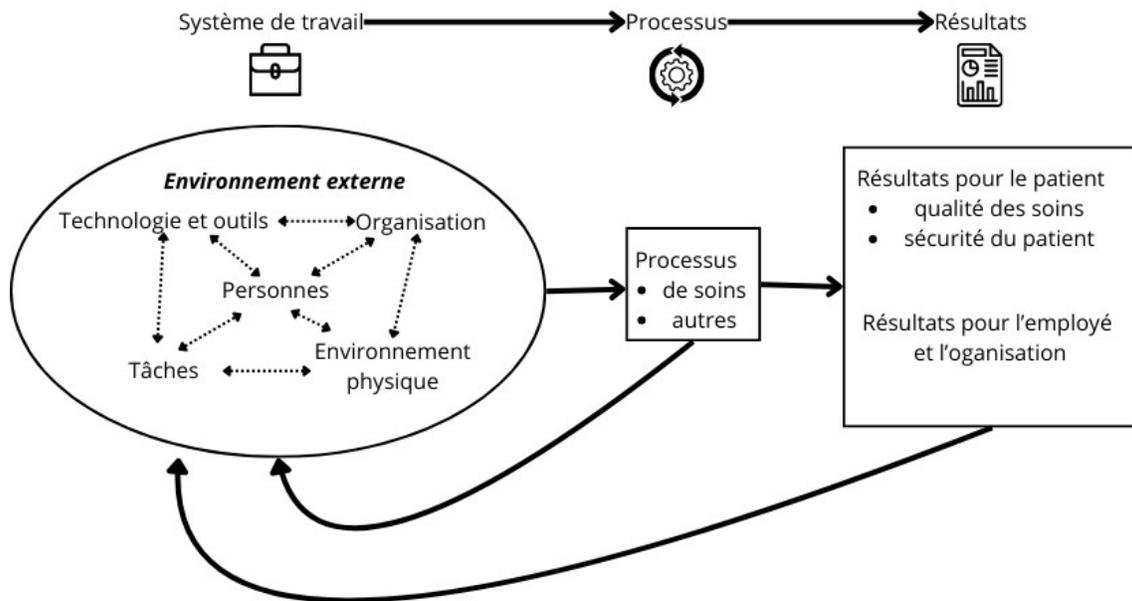


Figure 2 : Traduction du modèle SEIPS du système de travail et de la sécurité des patients (Carayon et al., 2006)

Les classifications de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) prennent en compte les erreurs humaines, les défaillances systémiques et les erreurs de communication (ANNEXE 2) (OMS, 2009). Chacune de ces méthodes de classification apporte une perspective unique dans la compréhension du mécanisme de l'erreur et ces modèles sont complémentaires.

Les systèmes de signalement et de classification varient largement entre les institutions, ce qui complique l'établissement de normes internationales. De plus, les définitions des erreurs et les seuils de tolérance peuvent diverger considérablement selon les pays et les cultures médicales. À un niveau plus local, la culture d'entreprise et les pratiques spécifiques à chaque établissement de santé influencent la perception des erreurs et la déclaration de celles-ci, ajoutant une autre couche de complexité. Cette complexité nécessite des approches flexibles et adaptées aux contextes spécifiques des établissements de santé dans lesquels elles sont mises en place pour améliorer la sécurité des patients et des animaux.

1.2.2 Erreurs médicamenteuses et erreurs de communication

Les erreurs médicamenteuses sont celles qui sont le plus faites en médecine vétérinaire selon Wallis *et al.* (2019) et Schortz *et al.* (2022) à hauteur de 40 à 54%. Celles-ci incluent une erreur sur la dose de médicament, une confusion sur la molécule, une méprise dans la préparation ou l'administration de celle-ci. On parle des 5 W : *wrong dose, wrong*

patient, wrong drug, wrong way, wrong time (Pinho *et al.*, 2024). Les interactions médicamenteuses dangereuses peuvent aussi être incluses dans la grande famille des erreurs médicamenteuses. La plupart des erreurs médicamenteuses concernent l'administration de la mauvaise dose de médicament à un patient. La médecine vétérinaire rencontre les mêmes challenges que les services de médecine pédiatrique humaine : la diversité des médicaments, des espèces, des tailles et poids peuvent être des facteurs expliquant pourquoi les erreurs médicamenteuses sont aussi communes. Pour les médicaments utilisés sans AMM, ils ne sont parfois pas adaptés à notre patientèle et l'administration du médicament en lui-même peut aussi se révéler être une vraie difficulté. La multiplicité des traitements administrés à un même animal, à de nombreuses reprises dans la journée, inscrit l'administration médicamenteuse dans une routine, et la répétition de l'acte tout au long de la journée décuple le risque de commettre une erreur.

Pour ce qui est des erreurs de communication, dans les entreprises vétérinaires, de nombreux secteurs et services se croisent tout au long de la journée. La variété et la complexité des informations partagées, le stress et l'émotion des propriétaires, ainsi que les différentes modalités de transmission d'informations (appels, messages téléphoniques, post-it') représentent une explication au fait que les erreurs de communication soient les secondes erreurs que nous faisons le plus en médecine vétérinaire (Wallis *et al.*, 2019). Si en médecine humaine, une erreur de communication a joué un rôle dans 60% des cas d'erreurs, ce pourcentage grimpe à 80% dans nos hôpitaux vétérinaires (Russel *et al.* 2021)

La communication est d'autant plus complexe en clinique vétérinaire que les interlocuteurs sont nombreux : propriétaires, réceptionnistes, assistants spécialisés vétérinaire ou vétérinaire. Quarante-neuf virgule quatre pourcents des problèmes de communication impliqueraient directement le propriétaire, et 42.3% impliqueraient la communication avec un collègue vétérinaire (Russel *et al.*, 2021). Les erreurs peuvent concerner le contenu, le contexte, le mode de communication ou le système. Pour résumer la multimodalité de la communication en établissement vétérinaire, la figure 3 est présentée. Elle combine toutes les catégories et caractérisations des problèmes de communication pour articuler qui et comment, dans quel but et dans quels différents environnements la communication vétérinaire se produit.

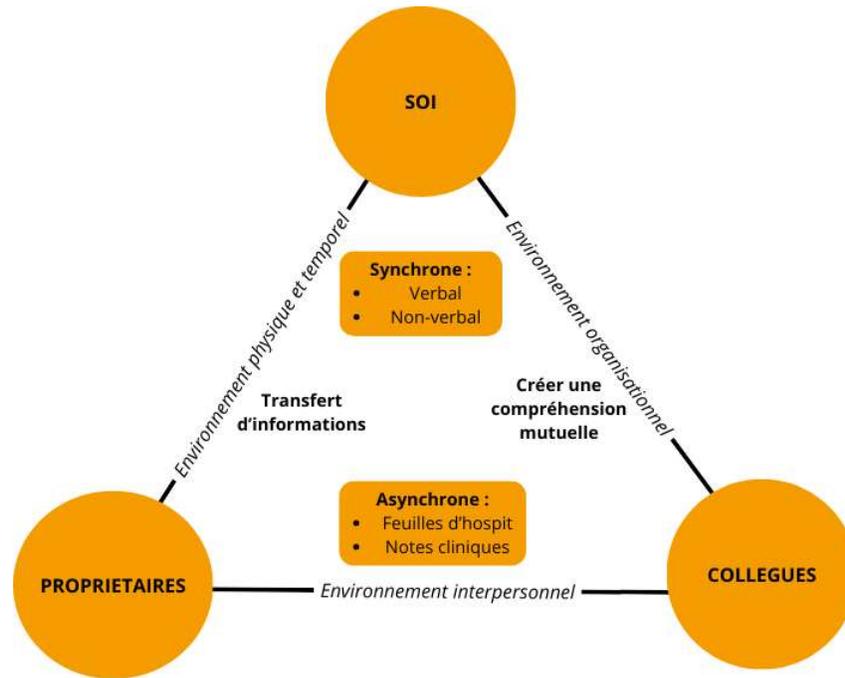


Figure 3 : Traduction du modèle d'analyse de la communication vétérinaire de Russel et al. (2021)

Malgré l'importance cruciale des compétences non techniques, telles que la communication interprofessionnelle, le *leadership* clinique et le travail d'équipe, il existe un manque notable de développement professionnel ciblant ces compétences. Cette carence en ressources et en recherches est marquée par rapport au domaine de la médecine humaine. Des compétences de communication déficientes ont été identifiées comme l'une des principales causes d'erreurs en médecine, contribuant à 43 % des erreurs chirurgicales (Carne *et al.*, 2012 ; Gawande *et al.*, 2003). Nous échangeons des informations tout au long de la journée, tout le temps, et en toute situation. Or, les vétérinaires ne sont pas formés à l'utilisation d'une phraséologie spécifique, comme cela peut être le cas dans les cockpits d'avions ou en salle de chirurgie humaine. Si assurer des compétences en communication par le biais de la formation fait aujourd'hui partie du cursus des médecins et chirurgiens car l'importance en est reconnue (Yule *et al.*, 2006), ça n'est encore pas le cas pour les vétérinaires qui commencent tout juste à intégrer des *non-technical skills* à leur cursus. L'attention portée à la compréhension mutuelle ainsi que l'acte de s'assurer que l'autre a bien compris la portée de votre question, ou que l'information transmise a bien été comprise est rarement accordée.

Dans l'étude de Mcdermott *et al.* (2017) adressée à des chirurgiens vétérinaires, 98% estimaient que des compétences en communication étaient autant sinon plus importantes

que les compétences techniques seules. Ces compétences existent et peuvent être enseignées.

Le **SBAR** par exemple, est un outil de communication structurée utilisé dans le domaine de la santé pour améliorer la clarté des échanges d'informations entre professionnels. Le terme SBAR est un acronyme pour *Situation, Background, Assessment, Recommendation* :

- **Situation** (en français, situation) : Brève description de la situation actuelle, incluant l'identification de soi, du patient et une description concise du problème.
- **Background** (en français, contexte) : Communication des informations contextuelles pertinentes qui permettent de comprendre la situation, notamment des antécédents médicaux, des diagnostics récents, ou des données cliniques pertinentes.
- **Assessment** (en français, évaluation) : Évaluation professionnelle du problème avec le partage des observations cliniques et l'interprétation de la situation.
- **Recommendation** (en français, recommandation) : Suggestion de ce qui devrait être fait, quand, et par qui.

Le SBAR est largement utilisé dans les hôpitaux et autres environnements de soins pour faciliter une communication rapide, claire et orientée vers l'action, en particulier dans des situations critiques où les décisions doivent être prises rapidement. Dans un hôpital mettant en œuvre le SBAR, les événements indésirables et problèmes liés aux médicaments ont respectivement diminué, passant de 90 à 40 événements/1 000 jours-patient et de 30 à 18 événements/1 000 jours-patient. (Cummings *et al.*, 2022)

1.3 Impact des erreurs : patients, propriétaires et vétérinaires

1.3.1 Conséquences sur la santé animale

Aux Etats-Unis, l'erreur médicale serait la troisième cause de mortalité, devant les anti-inflammatoires ou le cancer du sein (Makary *et al.*, 2016). Cette déclaration permet de mettre en lumière combien la gestion des erreurs est cruciale dans un domaine de santé, et l'importance que l'erreur médicale a aujourd'hui. Cette réalité alarmante trouve un écho en médecine vétérinaire, où l'erreur, bien que peu documentée, peut entraîner des conséquences allant de légères à fatales pour les animaux. En effet, elles peuvent aller de réactions indésirables légères à des complications graves, voire fatales. Par exemple, une erreur de diagnostic peut entraîner un retard de traitement, aggravant ainsi l'état de santé de

l'animal. De même, une erreur de dosage médicamenteux peut provoquer des effets secondaires indésirables, allant de troubles digestifs à des atteintes organiques sévères. Plusieurs revues bibliographiques détaillent les conséquences d'une erreur médicale et sont étudiées dans des cas particuliers (Bragg *et al.*, 2010 ; Kaplan *et al.*, 2011 ; Low et Wu, 2022).

Malgré l'impact potentiel de ces erreurs sur la santé et le bien-être animal, la recherche dans ce domaine demeure insuffisante. Les données disponibles, bien que limitées, suggèrent une prévalence non négligeable. Dans l'étude de Wallis et al, parmi les 606 vétérinaires ayant répondu à une enquête, 73,8 % avaient été impliqués dans au moins un quasi-accident ou un événement indésirable. Cette même étude estime que cinq patients sur 1000 subissent des conséquences temporaires à permanentes par suite d'une erreur médicale. Cette réalité, en miroir de la situation observée en médecine humaine (26 erreurs pour 1000 jours d'hospitalisation selon la HAS), met en évidence la nécessité d'une vigilance accrue et d'une meilleure compréhension des facteurs contribuant aux erreurs en médecine vétérinaire.

Une autre étude par Daly *et al.* (2022), expose que 15% à 32% des erreurs médicales en médecine vétérinaire causeraient un préjudice faible à modéré au patient, et jusqu'à 1,8% à 8,2% entraînent un préjudice grave ou la mort du patient. Une dernière étude sur les erreurs médicales dans 130 cliniques vétérinaires en Europe, basée sur un système de *reporting* volontaire en ligne a, elle, identifié qu'il y avait un préjudice pour le patient dans 42% des cas (Schortz *et al.* 2022). Selon cette même étude, les incidents liés à l'anesthésie étaient les plus graves, représentant 7% du total des rapports analysés, dont 18% ayant entraîné la mort du patient.

Les chiffres diffèrent considérablement d'une étude à l'autre, ce qui rend difficile l'évaluation du nombre d'erreurs ayant des répercussions sur la santé animale. Les erreurs que l'opérateur récupère avant qu'elles ne causent un problème n'étant pas comptabilisées comme des "erreurs" et étant souvent omises des déclarations.

1.3.2 Répercussions sur les propriétaires d'animaux

Sur nos navigateurs de recherche, les sujets fleurissent sur les forums, où des clients victimes d'une erreur médicale en manque de confiance et se sentant trahis par leur vétérinaire traitant cherchent des moyens d'obtenir une compensation financière ou juridique sur le dommage que leur animal a reçu (ANNEXE 3). La précieuse relation vétérinaire-proprétaire, qui s'apparente sous de nombreuses formes à la relation praticien-parent,

possède ses propres défis et peut être fragilisée par l'erreur médicale. Le propriétaire est le seul acteur de la prise en charge au quotidien de son animal, qui lui est entièrement dépendant.

La confiance, concept clé en médecine humaine, se décline couramment en cinq dimensions (Hall *et al.*, 2002). La fidélité implique d'agir dans le meilleur intérêt du patient, la compétence englobe l'expertise technique et la communication, l'honnêteté exige la transparence, et la confidentialité garantit la protection des informations sensibles. La confiance "globale" englobe les aspects plus émotionnels et intuitifs. En médecine vétérinaire, cette confiance est décisive pour assurer l'observance, définie comme "*la cohérence et l'exactitude avec lesquelles le client suit le régime de soins recommandé par le vétérinaire*" (Wayner et Heinke, 2006).

L'animal, incapable de communiquer ses symptômes, dépend entièrement de son propriétaire pour relayer les informations au vétérinaire. Une bonne communication et une confiance mutuelle sont donc essentielles à une prise en charge médicale optimale pour le patient. Lorsqu'une erreur médicale survient, cette confiance peut être profondément ébranlée. Le propriétaire peut se sentir trahi, en colère, et remettre en question la compétence du vétérinaire. Cette perte de confiance peut avoir des conséquences néfastes, notamment une diminution de l'observance, un retard dans la recherche de soins futurs, voire un changement de vétérinaire.

En dehors de la difficulté de la gestion de l'erreur, la relation propriétaire-clinicien est déjà une relation qui a ses propres codes et qui peut être difficile à appréhender pour le vétérinaire. Peu formés sur le management de la clientèle, les vétérinaires n'ont parfois pas le tact et la patience de manager des situations difficiles. Compréhension mutuelle sur le diagnostic du patient, gestion des attentes parfois irréalistes, prises de décision sur la suite du traitement ou différences personnelles ou culturelles viennent s'imbriquer pour créer une situation complexe dans laquelle une erreur médicale peut faire vaciller un équilibre où la confiance est parfois fragile.

L'erreur médicale a enfin des conséquences financières. En cas d'erreur, le propriétaire s'attend à ne pas payer, à des explications, voire à des compensations financières. L'erreur médicale, en plus du stress qu'elle représente, devient alors aussi un fardeau financier. L'impact financier des erreurs médicales dans le milieu vétérinaire n'est toutefois mis en avant

ou étudié dans aucune étude disponible ce jour où seules les conséquences médicales pour le patient et l'impact des erreurs sur les praticiens sont identifiées.

1.3.3 Effets psychologiques et burnout chez les praticiens vétérinaires

En 2021, une étude française menée par Didier Truchot a révélé une réalité alarmante (Truchot, 2021) : les vétérinaires sont deux fois plus susceptibles de se suicider que les professionnels de la santé humaine. Cette étude met en lumière des niveaux élevés de dépression, d'anxiété, de stress et d'épuisement professionnel auxquels sont confrontés les vétérinaires, avec 14% des femmes et 18% des hommes présentant des symptômes de burnout dans les cinq années suivant l'obtention de leur diplôme.

L'erreur médicale, inhérente à la pratique vétérinaire, constitue un facteur de stress considérable pour les jeunes professionnels (Tomlin *et al.*, 2010). La peur de l'erreur est le premier facteur d'idéations suicidaires. Ce constat est préoccupant, car même l'erreur non faite suscite un mal-être. Elle peut provoquer un sentiment de déprime, une baisse de l'estime de soi et un stress intense. Une étude publiée dans le *Journal of Patient Safety* en 2015 (Harrison *et al.* 2015) a révélé qu'environ un tiers des médecins ayant signalé une erreur médicale ont ressenti une détérioration de leur performance professionnelle ou de leur bien-être personnel. L'erreur médicale a donc un réel impact sur l'image que les professionnels de santé ont d'eux-mêmes.

La notion de "seconde victime" concerne les répercussions des erreurs médicales au-delà du patient directement affecté. Le terme "seconde victime", introduit par Albert Wu en 2000, décrit les professionnels de santé qui, après avoir été impliqués dans une erreur médicale, subissent des conséquences psychologiques graves telles que la culpabilité, l'anxiété et parfois le stress post-traumatique, ressentant une profonde détresse morale et émotionnelle qui peut affecter leur bien-être et leur performance professionnelle. Des outils tels que le débriefing sont utilisés pour apporter un "premier secours émotionnel" aux professionnels de santé confrontés à des événements indésirables. En médecine vétérinaire, il est tout aussi important de reconnaître l'impact de l'erreur médicale sur la santé mentale des praticiens et de créer un environnement propice à l'échange et au soutien. Des associations telles que "*Not One More Vet*" (NOMV) encouragent le soutien entre pairs, reconnaissant la valeur de l'échange entre professionnels pour surmonter les défis émotionnels liés à la pratique vétérinaire.

Il est impératif de mettre en place des mesures de soutien psychologique pour les vétérinaires, afin de prévenir les conséquences néfastes de l'erreur médicale sur leur santé mentale. Des programmes de formation à la gestion du stress, des groupes de parole et un accès facilité à des professionnels de la santé mentale peuvent contribuer à diminuer l'impact de l'erreur médicale sur les praticiens vétérinaires. De tels dispositifs de soutien existent déjà dans d'autres domaines et pourraient servir d'inspiration pour la médecine vétérinaire. Par exemple, dans l'aviation, le système de signalement de sécurité (SRIS) encourage les pilotes et les membres d'équipage à signaler les erreurs et les incidents de manière confidentielle, sans crainte de représailles. Cela permet d'identifier les problèmes systémiques et de mettre en place des mesures correctives pour améliorer la sécurité aérienne. Dans le domaine médical, des initiatives telles que "TutoTours" proposent des formations en ligne et des outils de simulation pour aider les professionnels de santé à développer leurs compétences et à prévenir les erreurs. Le Diplôme Inter-Universitaire (DIU) "Soigner les soignants" vise à former les professionnels de santé à la prise en charge de leurs collègues en souffrance, en mettant l'accent sur la prévention du burn-out et la gestion du stress. Ces exemples montrent qu'il est possible de mettre en place des dispositifs concrets pour soutenir les professionnels confrontés à l'erreur et à ses conséquences, et la médecine vétérinaire pourrait s'en inspirer pour mieux protéger la santé mentale de ses praticiens.

Parallèlement, le concept de "troisième victime" fait référence à l'impact plus large sur l'organisation elle-même, incluant les répercussions sur sa réputation, la confiance du public, et les coûts économiques associés. Nous avons confirmé que les incidents en médecine humaine peuvent provoquer à la fois une détresse émotionnelle et psychologique chez les travailleurs de la santé. Cette détresse *"peut provoquer une perte de concentration, une performance clinique compromise et conduire à des pratiques non sécuritaires - toutes susceptibles de compromettre la sécurité des patients."* (Serou et al, 2021). Cette perspective souligne que les erreurs médicales ont des effets en cascade, touchant non seulement les patients mais aussi les professionnels et les institutions, d'où l'importance d'un soutien à tous les niveaux.

2. La gestion de la sécurité

2.1 Agir sur les causes profondes des accidents

2.1.1 D'une action individuelle à une action systémique

La gestion systémique de l'erreur est un concept central à comprendre pour améliorer la qualité et la sécurité dans les systèmes complexes, et notamment dans le domaine médical. Cette approche vise à dépasser l'attribution de la faute d'un individu pour examiner plus en détail les processus, les structures et les environnements dans lesquels ces erreurs se produisent. En effet, si on s'attache à chercher des coupables, ce sont le plus souvent les infirmier(e)s en bout de ligne qui sont les héritiers de l'erreur. (Kinnison *et al.* 2014). L'objectif est d'identifier et de corriger les facteurs sous-jacents et pour créer des conditions de travail plus sûres et plus efficaces.

L'amélioration de la qualité et sécurité nécessite une compréhension approfondie des processus conduisant aux erreurs (Thomas et Brennan, 2001). En d'autres termes, pour prévenir efficacement les erreurs, il est essentiel de comprendre les mécanismes et les systèmes qui les engendrent. Cette compréhension systémique est essentielle pour mettre en place des stratégies préventives qui vont plus loin que de la simple correction d'erreurs après coup. Dans cette optique, Reason (1994) utilise l'analogie des moustiques pour illustrer la nature persistante des actes dangereux. Il exprime que la solution n'est pas dans l'élimination de chaque erreur (ou moustique) individuellement, mais dans la modification du système qui les engendrent (la mare d'eau croupie). Cela sous-entend de s'attaquer aux causes profondes ou latentes : par exemple, une conception inadéquate d'équipements, une mauvaise communication ou une charge de travail excessive. En identifiant et en rectifiant ces causes, les organisations peuvent limiter la récurrence des erreurs.

Les erreurs médicales résultent souvent de la complexité du système plutôt que de la négligence ou de l'incompétence individuelle (Kalra, 2004). Cette perspective est soutenue par Gawande (2007), qui préconise une approche plus générale tenant compte de la culture et de l'histoire d'une organisation.

Dans une étude d'Alexander-Leeder (2022), sur le ressenti des étudiants vétérinaires de dernière année aux Etats-Unis, 95,7 % des répondants étaient d'accord (52,9 %, n = 37) ou fortement d'accord (42,9 %, n = 30) sur le fait que les erreurs sont le résultat de plusieurs facteurs contributifs. Une telle approche permet de comprendre comment des erreurs peuvent se produire malgré les meilleures intentions des individus, en mettant en avant des interactions complexes et les dysfonctionnements systémiques. La plupart des erreurs significatives ne sont pas des incidents isolés, mais résultent de l'interaction de plusieurs facteurs. Reason (2000) explique que, pris isolément, chacun de ces facteurs peut sembler

insignifiant, mais pris ensembles, ils créent une « opportunité d'accident » non réalisée. En écoutant le système, en percevant les signaux faibles de dysfonctionnements et en analysant les incidents mineurs, on peut mieux gérer les risques au quotidien (Wybo, 2004).

Pour modéliser cela, James Reason crée le modèle du fromage suisse ou “*Swiss cheese model*”. Celui-ci illustre comment des défaillances dans plusieurs couches de défense d'un système peuvent s'aligner pour permettre à un accident de se produire. Chaque tranche de fromage représente une couche de défense avec des trous symbolisant les faiblesses. Si les trous de plusieurs tranches s'alignent, un incident peut survenir.

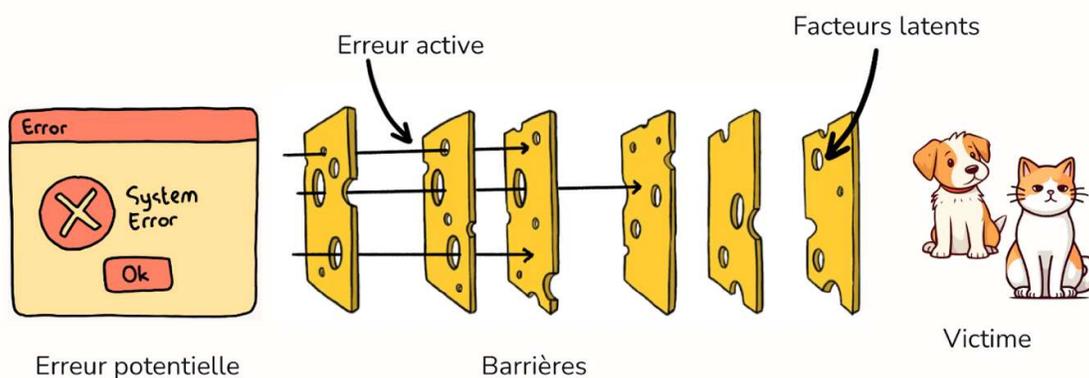


Figure 4 : représentation graphique du modèle du fromage suisse de James Reason (Reason, 2000)

Cette surveillance proactive permet d'identifier les problèmes avant qu'ils ne conduisent à des incidents majeurs. Les erreurs sont des opportunités d'apprentissage et les programmes visant à les limiter tirent leurs forces des erreurs commises par les opérateurs. Utiliser les erreurs pour les intégrer à des processus d'amélioration continue et ne pas les reproduire est la pierre angulaire de l'amélioration continue. Les erreurs sont des « phares de sécurité », indiquant les zones nécessitant des améliorations (Royce James). Cette perspective transforme les erreurs en moteurs de progrès, incitant les organisations à adopter une attitude proactive et à considérer chaque erreur comme une chance d'améliorer les systèmes existants.

L'analyse des accidents doit inclure plusieurs niveaux d'information pour une approche véritablement systémique. Gaillard (2008) propose une approche qui va de l'analyse technique et des actions humaines à l'examen des situations globales et du contexte socio-organisationnel. Cette approche globale est essentielle pour comprendre et prévenir les

erreurs dans leur complexité et leur intégralité en tenant compte de tous les aspects qui peuvent contribuer à la survenue d'un incident.

La culture juste est une approche essentielle pour améliorer la sécurité et la performance. En reconnaissant que les erreurs sont inévitables, elle encourage une communication transparente et une responsabilisation individuelle, permettant ainsi d'identifier et de corriger les failles systémiques. Contrairement à une culture punitive, la culture juste favorise un environnement d'apprentissage où les erreurs sont considérées comme des opportunités d'amélioration continue. Ce climat de confiance encourage les professionnels à signaler les incidents sans crainte de représailles, ce qui contribue à une meilleure compréhension des risques et à la mise en place de mesures préventives plus efficaces. La culture juste, en somme, est un levier puissant pour renforcer la sécurité et la qualité des soins, tout en préservant le bien-être des professionnels.

La culture "*Just Culture*" en aviation a révolutionné la gestion des erreurs, encourageant leur signalement sans crainte de sanctions disproportionnées. Des systèmes comme l'Aviation Safety Reporting System (ASRS) permettent aux professionnels de signaler les incidents de manière confidentielle, favorisant l'apprentissage et l'amélioration de la sécurité. En médecine humaine, des systèmes similaires ont été adoptés, créant un environnement où les erreurs sont signalées sans crainte de blâme injustifié. Des programmes comme le *Critical Incident Stress Management* (CISM) offrent un soutien psychologique aux soignants, tandis que des systèmes de signalement confidentiel, comme le réseau Sentinelles, collectent des données précieuses pour l'analyse des risques et la prévention des erreurs.

2.1.2 De *Safety I* à *Safety II*

Une fois que l'erreur est gérée dans un contexte immédiat, il est nécessaire de prendre du recul pour progresser. Le management de la sécurité a évolué au cours des dernières décennies pour se perfectionner et les notions de *Safety I* puis *Safety II* sont apparues. Elles représentent deux approches de gestion de la sécurité, et sont appliquées dans des domaines à haut risque tels que la médecine et l'aviation.

Le *Safety I* est l'approche traditionnelle de la sécurité. Elle repose sur le principe que les accidents sont le résultat de défaillances au sein d'un système. Son objectif principal est d'identifier et de réduire les erreurs, dysfonctionnements et dangers. Pour y parvenir, *Safety I* se concentre sur l'analyse des incidents qui sont passés, l'identification des risques et la mise

en place de mesures de contrôle, comme des procédures standardisées et des formations pour le personnel. *Safety I* cherche à comprendre pourquoi les choses tournent mal afin de prévenir les accidents et garantir la sécurité. L'objectif est de prévenir les erreurs et les accidents en se concentrant sur ce qui ne va pas.

Safety II promeut la résilience et la capacité d'adaptation en se concentrant sur ce qui fonctionne bien. Plutôt que de se focaliser uniquement sur les erreurs et les dysfonctionnements, ce qui représente une tâche infinie, *Safety II* met l'accent sur la capacité des individus et des organisations à s'adapter, à gérer l'incertitude et à maintenir la sécurité malgré ces variations. Il s'intéresse à ce qui fonctionne bien, aux succès quotidiens et aux facteurs qui contribuent au bon fonctionnement du système. Pour cela, *Safety II* privilégie l'observation du travail en situation réelle, l'analyse des pratiques efficaces, la promotion de la flexibilité et de l'autonomie des équipes, ainsi que la création d'un environnement de travail propice à l'apprentissage et à l'amélioration continue. L'objectif est de comprendre comment renforcer les facteurs de réussite pour garantir la sécurité de manière durable.

Ces deux approches ne sont pas mutuellement exclusives : une gestion efficace de la sécurité nécessite de combiner les deux.

La gestion des risques dans le domaine médical s'appuie sur un large éventail d'outils et de méthodes, allant de l'analyse des modes de défaillance et de leurs effets (AMDE) à la cartographie des processus, en passant par les audits cliniques et les systèmes de signalement des incidents. (Haute Autorité de Santé, 2010) Cependant, dans le cadre de cette étude, nous nous concentrerons sur une sélection d'outils spécifiques déjà utilisés en médecine humaine, mais dont l'application reste moins répandue en médecine vétérinaire. Cette approche permettra d'établir un parallèle pertinent entre les deux domaines et d'explorer les possibilités d'adaptation et de transfert de ces outils pour améliorer la gestion des risques dans la pratique vétérinaire.

2.2 Agir sur la culture de sécurité

2.2.1 Fondement et importance

L'importance d'une culture juste au sein des entreprises vétérinaires n'est plus à présenter. Quinze recommandations ont été formulées dans le travail de Leïla Assaghir (Assaghir, 2023), pour faire progresser les établissements vétérinaires et notamment pour donner des axes de développement aux managers. L'évaluation de la culture de sécurité dans

une entreprise à des niveaux individuels, d'équipe et organisationnels y sont détaillés. Depuis "To Err is Human" en 1999, la notion de culture de sécurité ne cesse de se développer dans l'industrie. On sait aujourd'hui que les entreprises qui connaissent le moins de catastrophes ne sont pas celles qui ont le moins de presque-accidents ou d'accidents, mais celles qui y réagissent le mieux. La notion de culture de sécurité s'attache à cela. Les équipes médicales les plus performantes ne sont pas celles qui ont le moins d'erreurs mais celles qui signalent le plus (Tucker et Edmondson, 2003).

Pour définir la culture de sécurité, il s'agit d'un "ensemble de manières de faire et de penser qui contribuent à la sécurité du patient et qui sont partagées collectivement au niveau de l'organisation (équipes, établissements de santé)" (HAS, 2021). C'est un ensemble de valeurs, d'attitudes, de compétences et de comportements individuels et organisationnels qui déterminent l'engagement et la compétence en matière de santé et de sécurité au sein d'une organisation. Elle reflète la manière dont la sécurité est perçue et valorisée, à tous les niveaux. Un parallèle peut être fait avec la culture du risque qui est la manière dont les entreprises intègrent la gestion des risques dans les processus commerciaux, les attitudes et la gestion quotidiens. Plus la culture du risque est forte, plus la gestion des risques est comprise et appliquée.

2.2.2 Libérer la parole autour des erreurs

La première pierre à l'édifice de l'amélioration continue consiste à libérer la parole des personnes qui y travaillent. "Nous ne pouvons pas changer la condition humaine, mais nous pouvons changer les conditions dans lesquelles les humains travaillent." (Reason, 2000). En effet, oser parler des erreurs est le premier pas vers une bonne culture de sécurité et celle-ci représente le fondement de programmes d'amélioration continue. Organiser la remontée et la collecte des informations concernant les erreurs est la première étape à mettre en place. Pour cela, il est essentiel de décorréliser les systèmes de remontées d'erreurs et les systèmes de sanction (Edmondson, 2018), tout comme il est essentiel d'adopter un mode de réflexion systémique autour de l'erreur et non de chercher à nommer des coupables individuels.

L'absence de données exhaustives sur l'erreur vétérinaire constitue un obstacle majeur à l'évaluation précise de son impact et à la mise en place de mesures préventives efficaces. Il est impératif de développer une culture de transparence et de déclaration des erreurs afin de favoriser l'apprentissage et l'amélioration continue des pratiques. Une meilleure connaissance des causes et des conséquences de l'erreur médicale vétérinaire, telle que préconisée par

l'Organisation Mondiale de la Santé Animale (OIE), permettra de mettre en place des stratégies ciblées pour réduire son incidence et garantir des soins de qualité optimale pour les animaux. Or, pour mettre en place ces stratégies ciblées et ces mesures préventives, il est impératif d'organiser la remontée d'informations au sein des établissements vétérinaires.

2.2.3 La nécessité d'une culture juste

La crainte de l'humiliation et de la perte de confiance de la part des collègues, des superviseurs et des clients peut pousser les étudiants à ne pas signaler ou révéler des erreurs (Alexander-Leeder, 2022) compromettant ainsi non seulement leur apprentissage, mais aussi la sécurité et l'efficacité des pratiques professionnelles. On engendre une culture de dissimulation au détriment de la sécurité des soins, accumulant les dysfonctionnements non corrigés et nuisant à l'efficacité de l'organisation complète.

Favoriser une culture de sécurité positive est crucial pour prévenir les incidents, protéger les employés/patients/clients et promouvoir un environnement fiable. Une telle culture repose sur des piliers fondamentaux de transparence, d'apprentissage continu à partir des erreurs et d'une responsabilisation partagée sans culture du blâme.

Dans les établissements de santé humaine les plus performants en qualité et sécurité des soins, il y a 15 % moins d'incidence de complications, 12,5 % moins d'incidence de conditions acquises à l'hôpital, et 3,8 % moins de décès par rapport à d'autres groupes de santé étudiés. Les séjours à l'hôpital sont également en moyenne 10 % plus courts. (Davidow, 2021)

Au-delà de l'importance d'une culture juste permettant une meilleure ambiance de travail et une atmosphère de travail plus saine, la culture juste a donc un réel impact sur la réduction des erreurs. Plusieurs lignes directrices existent aujourd'hui pour développer celle-ci :

Tout d'abord, un engagement visible et soutenu des dirigeants est essentiel pour inculquer cette mentalité de sécurité à tous les niveaux de l'organisation. Les leaders doivent démontrer par leurs actes que la sécurité constitue une priorité. Cela passe par une communication ouverte et régulière sur les enjeux de sécurité, l'allocation des ressources adéquates, ainsi que l'encouragement au signalement des problèmes sans crainte de réprimandes (Dekker, 2014). Cette approche favorise un climat de confiance mutuelle permettant aux employés d'exprimer leurs préoccupations.

La formation représente ensuite un pilier central pour ancrer durablement une culture solide en matière de sécurité. Tous les membres de l'organisation, quels que soient leurs rôles, doivent bénéficier de formations continues sur les procédures sécuritaires, les risques potentiels liés à leurs tâches, ainsi que sur les meilleures pratiques à adopter pour prévenir les accidents (Roughton et Mercurio, 2002). Au-delà du simple transfert de connaissances, ces formations renforcent la prise de conscience et l'engagement individuel envers des comportements appropriés. Les sessions de formation représentent aussi des moments de sensibilisation à la culture de sécurité et permettent de renforcer celle-ci.

Cultiver un état d'esprit d'apprentissage à partir des erreurs survenues est également essentiel. Plutôt que de chercher à blâmer lorsqu'un incident se produit, l'énergie devrait être dirigée vers la compréhension en profondeur des causes sous-jacentes et la mise en place rapide de mesures correctives adaptées (Reason, 1997). Comme cela sera vu dans une prochaine rubrique (§ 3.1), les erreurs doivent être considérées comme des opportunités d'apprentissage organisationnel plutôt que comme des fautes à punir.

Il est aussi essentiel de reconnaître et valoriser ouvertement les comportements sécuritaires exemplaires. En récompensant publiquement les employés/professionnels qui agissent de manière proactive pour assurer leur sécurité et celle d'autrui, on envoie un message d'approbation puissant qui incitera d'autres à suivre cet exemple vertueux (Geller, 2001). Cette reconnaissance positive favorise l'adoption de pratiques prudentes. Reconnaître et valoriser publiquement les efforts individuels et collectifs en faveur de la sécurité est un puissant levier pour renforcer l'adhésion à une culture positive (Tucker et Edmondson, 2003)

L'implication directe du personnel dans l'élaboration et la révision des politiques ou procédures de sécurité représente aussi un ingrédient essentiel. En impliquant activement les travailleurs de première ligne, on s'assure que les mesures définies sont simples, adaptées aux réalités, et bien comprises par ceux qui les appliqueront au quotidien (Roughton et Mercurio, 2002). Ce processus participatif amplifie grandement l'adhésion et le respect des règles par le personnel.

L'amélioration constante des systèmes, des équipements et de l'environnement de travail contribue également à renforcer une culture de sécurité durable. En investissant dans des installations et technologies sécuritaires de pointe, en simplifiant les procédures complexes et en éliminant les sources de risques connus, une organisation montre

concrètement que la protection de ses employés et de ses clients représente une préoccupation majeure (Reason, 1997).

Dans le domaine médical en particulier, favoriser une communication ouverte entre les professionnels de la santé et avec les propriétaires d'animaux est primordial (Coe *et al.*, 2008). Cela permet d'identifier et corriger rapidement les problèmes potentiels avant qu'ils ne dégénèrent en erreurs médicales. La mise en place de systèmes de surveillance et de rétroaction est également cruciale pour déceler les tendances, comprendre les schémas d'erreurs et mettre en œuvre des mesures préventives. Pour cela, encourager la déclaration des événements indésirables et des quasi-accidents, sans crainte de représailles, est fondamental, ces données permettant d'analyser en profondeur les facteurs contributifs (Amalberti *et al.*, 2005 ; Gallagher *et al.*, 2003). Le travail d'équipe entre les différents services et la collaboration interprofessionnelle sont également essentiels pour identifier au mieux les risques et réfléchir à des solutions au bénéfice de la sécurité des patients (Sexton *et al.*, 2000).

En somme, promouvoir une culture organisationnelle de manière durable et axée sur la sécurité requiert des efforts soutenus sur de multiples fronts : un bon leadership, une formation régulière, une approche d'apprentissage continu, la valorisation des comportements sécuritaires, l'implication du personnel, l'amélioration constante des systèmes, une communication ouverte et des systèmes de surveillance robustes. En conjuguant ces pratiques, les organisations sont certaines de s'approcher d'un environnement plus sûr et efficace.

2.3 Accompagner les parties prenantes

2.3.1 L'annonce aux clients

En médecine humaine, l'annonce d'un dommage associé aux soins au patient et à sa famille est portée obligatoire par la loi du 4 mars 2002. Les conditions sont les suivantes : *“Cette information lui est délivrée au plus tard dans les 15 jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix”* Ce cadre juridique vise à garantir la protection des droits du patient.

Aucun texte ne s'approchant de cette obligation n'existe en médecine vétérinaire. Pourtant, comme nous l'avons vu dans le paragraphe 1.2.1, une discussion ouverte et

transparente autour des erreurs est le pilier de la culture de sécurité et, plus loin que cela, de l'amélioration continue.

Selon l'étude de Kogan *et al.* (2018), plusieurs raisons empêchent les vétérinaires de reconnaître ouvertement leurs erreurs. Parmi celles-ci, on trouve la crainte de perturber inutilement le client, la peur de détériorer la relation client-clinicien, ainsi que la peur de provoquer la colère ou la détresse. Toutefois, l'annonce d'une erreur médicale vétérinaire, bien que délicate, est une étape incontournable qui nécessite une approche empreinte de tact et d'empathie. Cette annonce doit être préparée pour veiller à son bon déroulement.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2011), ainsi que les études de Gallagher *et al.* (2006) et Prud'homme *et al.* (2016), soulignent l'importance de la communication en cas d'erreur médicale. Le vétérinaire doit se préparer minutieusement à cet entretien, en rassemblant toutes les informations qu'il sera pertinent de donner au patient sur l'erreur et ses conséquences. Le choix d'un environnement calme et propice à la discussion est essentiel pour permettre au client de se sentir à l'aise et de pouvoir exprimer ses émotions. On privilégiera un moment défini à l'avance, pendant lequel le vétérinaire doit se rendre entièrement disponible sans interruption externe (pas d'avis sur un autre cas pendant l'entrevue ou d'appel téléphonique, par exemple). L'annonce doit être faite de manière claire, concise et factuelle, en évitant autant que possible le jargon médical qui pourrait compliquer la compréhension. Il est essentiel que le clinicien s'adapte autant que possible au niveau de compréhension de son client et il est important de s'assurer que celui-ci a bien compris toutes les informations données. Cela peut passer par une reformulation du client des éléments qui ont été compris et une éventuelle ré-explication par le vétérinaire.

Le vétérinaire doit également exprimer des regrets sincères et présenter des excuses pour l'erreur et les dommages qu'elle a causés (Gallagher *et al.*, 2003). Reconnaître l'impact de l'erreur sur l'animal ainsi que l'impact émotionnel de l'erreur sur le propriétaire de l'animal est primordial, et un soutien approprié doit lui être offert. Ensuite, le vétérinaire doit expliquer les mesures prises pour remédier à la situation et empêcher de futures erreurs (Mazor *et al.*, 2004). Les réponses aux éventuelles questions du client doivent être répondues de manière aussi complète que possible.

Enfin, le vétérinaire propose un suivi personnalisé pour continuer à accompagner le propriétaire dans la prise en charge de son animal (Baile *et al.*, 2000 ; Baile *et al.*, 2006).

Maintenir une communication ouverte tout au long du processus est important pour rétablir la confiance et préserver la relation entre le vétérinaire et le propriétaire.

Ces étapes sont résumées sous le sigle **SPIKE** (Baile *et al.*, 2000), tirées d'un protocole pour annoncer une mauvaise nouvelle aux patients atteints de cancer :

- **S**, *Setting up the interview* (en français, préparer l'entretien) : Choisir un endroit approprié et s'assurer que le patient est à l'aise pour la conversation.
- **P**, *Perception* (en français, perception du patient) : Évaluer ce que le patient sait déjà de sa situation médicale.
- **I**, *Invitation* (en français, invitation) : Demander au patient quelle quantité de détails il souhaite recevoir concernant son état.
- **K**, *Knowledge* (en français, connaissance) : Fournir l'information médicale en utilisant un langage clair et adapté, en évitant le jargon médical.
- **E**, *Emotions* (en français, émotions) : Reconnaître et répondre aux émotions du patient après l'annonce de la mauvaise nouvelle.
- **S**, *Strategy and Summary* (en français, stratégie et résumé) : Discuter des étapes suivantes et du plan de traitement, en impliquant le patient dans les décisions.

L'objectif de ce protocole est de réduire le stress associé à l'annonce de mauvaises nouvelles, tant pour le patient que pour le clinicien, en favorisant la compréhension puis la collaboration dans la gestion du traitement. Le protocole SPIKES a été testé et validé, et il est enseigné aux professionnels de la santé pour améliorer leur compétence en communication dans des situations difficiles.

2.3.2 L'accompagnement des praticiens

Lorsqu'une erreur active survient, l'infirmier vétérinaire, en bout de chaîne, en est inévitablement affecté. Dans le contexte professionnel actuel, il n'a généralement pas la possibilité d'interrompre sa journée et doit continuer à s'occuper d'autres patients, tout en gérant les émotions de culpabilité, de déception et de frustration liées à l'erreur commise. Cette rumination mentale, où l'on rejoue la scène et imagine des scénarios alternatifs, peut être particulièrement perturbatrice.

Il est important de noter que toutes les erreurs n'ont pas le même impact émotionnel. Certaines sont rapidement oubliées, tandis que d'autres laissent une empreinte plus

profonde. Des études ont montré qu'un travailleur commet en moyenne 5 à 7 erreurs par heure, mais la plupart d'entre elles sont corrigées inconsciemment dans les 2 secondes suivant leur occurrence et n'ont pas de conséquences notables. Nous ne nous souvenons pas des 70 erreurs potentielles que nous avons commises aujourd'hui.

Cependant, les erreurs qui ont un impact significatif peuvent affecter la performance de l'infirmier et augmenter le risque de commettre d'autres erreurs. Celui-ci, préoccupé, est à risque de refaire une erreur supplémentaire. C'est là qu'interviennent la "seconde victime" (l'infirmier lui-même) et de "troisième victime" (les patients potentiellement affectés par les erreurs ultérieures).

Pour diminuer l'impact émotionnel des erreurs et prévenir les conséquences négatives, des systèmes de "premier secours émotionnel" et de "*débriefing*" ont été mis en place dans certains établissements de santé. Ces approches visent à offrir un soutien immédiat et confidentiel à l'infirmier(e) après un événement indésirable. Guyard-Boileau (2017) décrit dans son mémoire des directives pour mettre en place un premier secours émotionnel dans son service. Après une revue de littérature, une vidéo YouTube® est produite pour vulgariser les conséquences de l'erreur sur la personne et les outils qui peuvent l'aider. Pour reprendre son travail : être présent, prendre un moment à l'écart, et dans un cadre confidentiel, lui proposer d'interrompre sa journée sont des recommandations qui ont pu être formulées. L'objectif ultime de ces mesures est de protéger non seulement l'infirmier(e) en tant que "seconde victime", mais aussi les patients potentiellement exposés au risque d'une "troisième victime" en raison de l'impact émotionnel de l'erreur initiale.

3. Les outils de l'amélioration de la sécurité et de la remontée d'informations

3.1 Le retour d'expérience ou RETEX

3.1.1 Origine et définition du retour d'expérience (RETEX)

Le principe du retour d'expérience, souvent abrégé en REX, est de créer une base de données, une banque d'informations consignnant les expériences des employés d'une entreprise pour capitaliser sur les expériences communes des équipes. Il a pour objectif initial d'éviter de répéter les erreurs. Les éléments clés qui permettent la mise en place de cette démarche incluent un programme de retour d'expérience associé à des moyens adéquats

(formation adéquate à la compréhension des enjeux, temps alloué pour la collecte, système mis en place pour favoriser la collecte, effort de confidentialité si nécessaire, rôle et responsabilité clairement définis, engagement de la direction) associé à un dispositif d'enregistrement des presque accidents (IRSN, 2014). Une culture appropriée, non pénalisante, où la confidentialité et/ou l'anonymat sont possibles, est aussi essentielle.

Le REX trouve ses racines dans les domaines industriels et militaires et prend son essor avec la modernisation et l'informatisation des process de gestion des risques. La collecte, l'analyse et la diffusion des données deviennent plus faciles et la pratique se répand. Initialement créé pour ne concerner que des aspects techniques des défaillances industrielles, le REX s'est aujourd'hui élargi pour englober des notions humaines, sociales et organisationnelles. C'est à l'occasion de cet élargissement que le REX s'utilise dans d'autres domaines comme l'aérospatiale, l'énergie, et plus récemment la santé et les services. En rendant visibles les risques sans les banaliser, les organisations peuvent tirer des leçons précieuses des presque'accidents et ainsi prévenir les incidents graves à l'avenir (IRSN, 2014).

Bird (1969) explique dans les années 1960 le concept que les accidents peuvent avoir plusieurs portées, avec des gravités variables. Il donne pour illustration l'image du bras mécanique qui porte une palette, celle-ci bascule et : soit n'a aucun impact, soit provoque un dégât matériel, soit frappe et blesse quelqu'un. À partir de cela, il a été établi que pour réduire l'occurrence des erreurs et pour limiter leurs conséquences, réagir et mettre en place des solutions dès le presque'accident, c'est-à-dire sans qu'il n'y ait eu encore de moindre conséquence humaine ou matérielle, permettrait de réduire le nombre d'accidents.

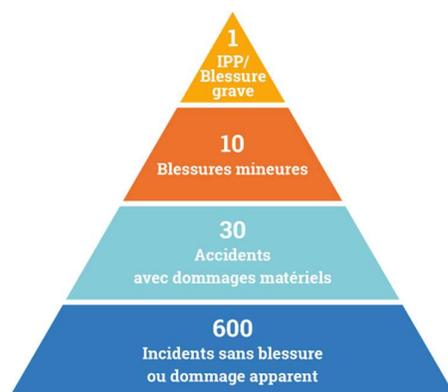


Figure 5 : Pyramide de sécurité de Bird (Bird, 1969)

Ces propos et cette théorie ont été largement discutés, notamment en 2000 par Hale et al., qui ont théorisé que tous les presque-accidents n'avaient pas le potentiel pour devenir

une catastrophe ou un accident mortel. Certains presque accidents ne resteront que des presque accidents et toute l'information remontée dans les retours d'expériences ne présente pas un intérêt à traiter.



Figure 6 : reprise de la pyramide de Bird pour les accidents majeurs et mineurs par Hale et al (2000)

Dans l'étude de Wallis *et al.* (2019), les presque accidents sont intégrés et il est observé que la plupart des erreurs n'atteignent pas le patient (45%) et sont récupérées par les opérateurs du système avant qu'elles n'aient de conséquence. Cela montre l'importance d'un dispositif approprié (accessible, peu chronophage) et d'un engagement de la direction avec une distribution claire des rôles et responsabilités, ainsi que de la formation et du soutien pour identifier les écarts ou anomalies, traiter l'information rapidement et maintenir une communication en boucle pour donner de la visibilité aux équipes sur l'utilisation de ces informations (IRSN, 2014)

3.1.2 Critères de réussite du RETEX en médecine vétérinaire

Lucian L. Leape (Leape, 1997) suggère qu'un retour d'information est plus efficace lorsqu'il prend place sur un petit intervalle de temps avec des mesures concrètes plutôt qu'un retour continu. Il est donc plus intéressant de réaliser régulièrement des campagnes de sensibilisation et de remontée d'informations au sein des établissements que d'avoir un questionnaire ouvert en permanence. Il est aussi préférable d'avoir un petit nombre de retours de qualité et détaillés qu'un flot d'informations floues et inutilisables (Gilbert, 2001 ; HAS, 2021). Les arbres des causes (Ishikawa, 1985) sont un exemple d'analyse approfondie à partir d'un incident qui ne peut être réalisé que si l'enquête est menée suffisamment en profondeur. Toutefois, avoir un plus grand panel d'informations permet un accès à une variété de situations à traiter et de recouper plus facilement les facteurs latents qui reviennent dans

plusieurs situations. Le risque étant dans tous les cas d'avoir des informations inadéquates ou erronées : un effort de tri sera alors encore plus grand.

Van der Schaaf (1992) souligne les avantages de tirer des leçons des quasi-accidents : ceux-ci sont beaucoup plus nombreux que les accidents réels et ils rappellent continuellement qu'il faut maintenir la sensibilisation à la sécurité au premier rang des priorités. Homsma *et al.* (2009) concluent en revanche que davantage de leçons sont générées et tirées des erreurs aux conséquences graves, par opposition aux erreurs qui ont des conséquences limitées.

De nos jours, le retour d'expérience s'appuie de plus en plus sur des technologies numériques telles que l'intelligence artificielle et l'apprentissage automatique pour extraire les informations qui sont significatives à partir de grandes quantités de données. Le développement du retour d'expérience sur des exercices de simulation nous paraît aussi être une piste de progrès intéressante, en particulier pour apprendre de situations qui sont très rares mais qui ont un fort potentiel de dommages important (Wybo, 2004).

Le concept d'erreur humaine ne doit pas faire perdre de vue que la plupart des « erreurs » restent invisibles car récupérées par l'opérateur ou le collectif avant qu'elles n'aient des conséquences. La compréhension des éléments de contexte qui favorisent la récupération de l'erreur constitue une source de progrès pour l'amélioration de la sûreté. Les démarches de REX proactif présentent ainsi une voie prometteuse pour continuer à améliorer la sécurité des systèmes ayant déjà atteint un très haut niveau de sécurité. Mais il ne faut pas occulter les difficultés pouvant freiner la mise en place d'un tel REX : la mobilisation difficile des acteurs de l'entreprise autour d'événements fréquents et relevant du fonctionnement opérationnel « normal »; la difficulté de transmission des alertes par des opérateurs humains dont la position dans l'organisation hiérarchique réduit leur légitimité; la sous-estimation chronique des conséquences potentielles des précurseurs, relevant à la fois de l'ambiguïté des signaux (la menace n'est pas clairement visible) et des mécanismes possibles de déni du risque (risque visible mais non pris à compte à sa réelle mesure); l'effet conjugué du filtrage induit par la spécification des signaux à collecter et des outils de stockage de ces signaux : on ne voit que ce que l'on recherche. Les REX sur accidents autorisent une approche plus qualitative, mais ne sont pas les meilleures bases d'études ; néanmoins, sous couvert de facteurs techniques, bien d'autres aspects peuvent être traités en faisant l'économie de tensions et conflits susceptibles de leur être associés (Gilbert, 2001).

Il y a à distinguer l'anonymat de la confidentialité (Le Coze et Lim, 2004) car « pour analyser les causes profondes [...] il doit être possible de mener des entretiens avec la (ou les) personne(s) impliquée(s), ce que permet la confidentialité ». Il est souvent nécessaire de travailler en collaboration avec celui ou celle qui a reporté le presque-accident afin de compléter ou de confirmer les causes de l'incident. Accepter l'anonymat laisserait entendre que le presque-accident a une connotation négative alors qu'il est une opportunité d'enseignement. Les autres facteurs favorisant la remontée d'informations au sein des organismes sont entre autres, (Phimister *et al.* 2000 et 2001) : la procuration d'un certain degré d'immunité, le partage d'enseignements, l'apprentissage à partir d'événements indésirables, l'externalisation de la collecte et de l'analyse par des pairs ou experts indépendants, un retour significatif et rapide vers les rédacteurs et les parties intéressées, la facilité de rendre compte des presque accidents, et un soutien appuyé de la direction.

3.2 La revue de morbi-mortalité (RMM) : un outil judiciaire d'amélioration continue dans nos hôpitaux de santé humaine

La RMM ou Revue de Morbi-mortalité est un outil sous forme de réunion à la suite d'un événement indésirable grave (EIG). La revue de Morbi-mortalité est un des outils qui est déjà en place dans certains hôpitaux vétérinaires, notamment les universités de Liège et de Nantes, parfois sous un nom différent. Elle consiste en un examen approfondi d'un cas de maladie, de complications ou de décès dans l'établissement de santé. La RMM revoit les aspects cliniques, organisationnels, humains, environnementaux du cas étudié et examine en détail les protocoles de travail ainsi que les processus en place. L'objectif est d'identifier les facteurs latents, les obstacles rencontrés et d'évaluer les mesures qui auraient pu être prises pour limiter l'incident ainsi que de proposer des mesures d'amélioration.

Comme pour le REX, la RMM repose sur l'apprentissage à partir d'un événement indésirable. Elle vise à améliorer la sécurité des soins, leur qualité, à prévenir les erreurs et donc à optimiser le fonctionnement des établissements de santé. Elle permet aux professionnels de la santé de mettre en œuvre des stratégies en prévention des EIAS et d'intervenir de manière ciblée sur des situations réelles pour améliorer la qualité des soins et prévenir les événements indésirables à l'avenir.

Dans les hôpitaux de médecine humaine, la RMM est menée à plusieurs niveaux : établissement de santé individuel, régional, national voire international dans de très rares cas.

Elle implique tous les professionnels de santé présents au moment des faits : ce qui inclut les médecins, infirmières, pharmaciens, administrateurs de santé, ou tout personnel qui a pu participer à l'incident. La diversité des points de vue permet d'apporter une variété d'avis et permet de retracer l'événement de la première décision jusqu'à l'erreur active.

3.3 Briefing et débriefing deux outils managériaux d'amélioration continue

3.3.1 définitions

Dans une démarche d'amélioration continue, beaucoup de livres et d'articles sur les productivité avec de nombreuses lignes d'idées existent. Nous pouvons notamment citer les méthodes inspirées du Lean Management, créé par Toyota en 1884 et duquel découlent nombre d'outils concrets.

Dans le domaine médical, la HAS promeut dans les hôpitaux de médecine humaine française le briefing et le débriefing. L'intérêt principal est d'assurer une communication efficace, une coordination et une amélioration continue des soins aux patients.

Le briefing, également connu sous le nom de "briefing pré-procédural", se déroule avant une intervention, une procédure médicale ou en début de rotation. Son objectif est de réunir les membres de l'équipe médicale impliquée pour discuter des détails ou des précisions sur la procédure à venir. Il permet de créer une vision d'ensemble, de s'assurer que l'entièreté du staff a les informations essentielles et de mieux coordonner les efforts. Pendant le briefing, l'équipe discute des antécédents médicaux du patient, des objectifs de la procédure, des rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe, ainsi que des éventuelles préoccupations ou questions. Le briefing vise à assurer que tous les membres de l'équipe sont sur la même longueur d'onde, à identifier les risques et à mettre en place des stratégies pour les gérer efficacement.

Le débriefing se déroule après la procédure ou l'intervention médicale. Il permet à l'équipe de discuter sur ce qui s'est passé, d'identifier les points forts et les domaines à améliorer, voire de tirer des leçons de l'expérience collective. Pendant le débriefing, les membres de l'équipe discutent ouvertement des aspects positifs de la procédure, des difficultés rencontrées, des erreurs éventuelles, et des opportunités d'amélioration. Le débriefing a pour objectif de créer un espace d'échange à posteriori où les membres de

l'équipe peuvent partager leurs perspectives et collaborer pour renforcer la sécurité des patients et la qualité des soins.

3.3.2 Comparaison débriefing et feedback

Le débriefing s'approche de l'outil du feedback. Bien que différents dans leur application et leur contexte, ces deux outils managériaux partagent un point commun : il s'agit d'une rétroaction constructive. Le feedback permet de collecter des commentaires honnêtes sur nos actions et vise à améliorer nos pratiques, il est donné après une expérience comme parfois pendant une activité. Les remarques formulées sont, dans les deux cas, visées pour s'appuyer sur des faits. Pas de ressenti ici mais des observations tangibles : on évite les généralisations ou les critiques vagues pour donner des exemples concrets et des pistes réelles d'amélioration. Les deux outils mettent l'accent sur une communication ouverte et transparente, un des piliers d'une bonne culture de sécurité. Le feedback est toutefois plus orienté sur l'individu : les commentaires sont faits sur des pratiques personnelles, et les discussions sont en face à face dans un cadre confidentiel là où le débriefing a davantage vocation de quitter la sphère individuelle pour prendre une dimension plus large d'équipe.

3.4 Les freins à prévoir à la remontée d'informations

La peur, le manque de temps ou de compréhension, et les problèmes organisationnels ont été identifiés comme des obstacles, tandis que l'effet de la rétroaction, l'opportunité d'apprentissage et la structure d'un système de rapport ont facilité la déclaration d'erreurs.

Les raisons de la sous-déclaration sont bien documentées. Vincent et al ont identifié huit obstacles courants à la déclaration, dont Leape (1997, 1999) a reconnu deux comme les plus importants : la peur de la censure personnelle et professionnelle et un scepticisme profond quant à l'efficacité de ces systèmes. Pour Kogan et al. (2018) une mauvaise familiarité avec le système de report d'erreurs, un manque de temps et un manque de motivation à rapporter les erreurs sont à l'origine du biais. L'apprentissage individuel et organisationnel ainsi que les efforts de prévention pour limiter les récidives sont ainsi compromis.

L'une des raisons principales pour lesquelles les incidents se répètent est l'incapacité à tirer les leçons des événements passés (Serou, 2021). Cette incapacité est souvent due à des facteurs comme la sous-déclaration des incidents et la peur des répercussions (Leape, 1997 et 1999).

L'analyse des systèmes de déclaration non médicaux identifie les facteurs suivants pour réduire les obstacles à la déclaration : immunité, confidentialité ou désidentification des données, externalisation indépendante de la collecte de données et examen par des experts pairs, retour d'information rapide et significatif, facilité de déclaration et soutien continu du leadership.

Quel que soit l'outil choisi, l'analyse des données plus que leur collecte devra être méticuleuse : il s'agit de l'étape la moins suivie qui nécessite pourtant une attention particulière. Utiliser les informations fournies et y associer les bons outils, les bonnes expertises et les bons programmes est une des clés de succès d'une amélioration continue implantée avec succès. L'étape critique réside dans l'analyse minutieuse des données collectées, souvent négligée, mais essentielle pour la mise en place de mesures correctives adaptées. Les systèmes de report volontaire d'erreurs, bien qu'ils sous-estiment l'occurrence réelle des erreurs, fournissent des informations précieuses pour l'amélioration des pratiques et la prévention des récives (Murff et al., 2003).

3.5 Les outils qui répondent le mieux à ces freins

Le retour d'expérience (REX) se présente comme le premier outil à mettre en place dans un hôpital vétérinaire en raison de son potentiel à transformer les incidents en opportunités d'apprentissage organisationnel. À la vue des différences de définitions du REX, il ressort que celui-ci laisse une véritable autonomie conceptuelle, méthodologique, et organisationnelle adaptable à de nombreuses situations (Mbaye et al., 2014). Pour les barrières, les retours permettent de constater la manière dont celles-ci ont été sélectionnées, mises en place, inspectées, maintenues, utilisées.

Malgré le faible taux de signalement via les formulaires (seulement 3 à 5 % des incidents), le REX reste crucial pour identifier et analyser les erreurs latentes et les conditions qui y ont conduit (Jacobsson et al., 2009). Les systèmes de report d'erreurs sous-estiment grandement l'occurrence des erreurs, et les reports sont plus significatifs des pratiques de report d'erreurs que du nombre effectif d'erreurs effectuées. (Murff et al. 2003). Toutefois, nous avons vu précédemment qu'un faible taux de retour pertinent était plus facilement interprétable qu'un flot d'informations pour lequel il faudrait fournir un effort de tri conséquent.

L'intégration du REX doit être pensée de manière proactive, visant à détecter les signes avant-coureurs de défaillances potentielles plutôt que de se limiter à une approche réactive post-événementielle. En combinant le REX avec des débriefings réguliers, les équipes vétérinaires peuvent mieux comprendre les facteurs contribuant aux incidents, ce qui est essentiel pour améliorer continuellement les pratiques et renforcer la sécurité. Cette démarche proactive permet également de surmonter les contraintes socio-politiques et culturelles souvent associées à l'implémentation des retours d'expérience (Gilbert, 2001).

L'observation directe des pratiques cliniques ou l'analyse des données issues des archives médicales sont des méthodes efficaces pour optimiser la détection des erreurs (La Russa, 2022). Mais une telle démarche est toutefois difficile à mettre en œuvre en hôpital vétérinaire car elle pourrait être mal perçue des collaborateurs si la culture de sécurité n'y est pas déjà solide.

La RMM pourrait faire l'objet d'un travail approfondi et être installée en hôpital vétérinaire, mais il est écarté pour ce travail de mémoire. En effet, la présence d'un modérateur extérieur pour animer la réunion et la conduire est fortement recommandée, ce qui est moins facilement réalisable en établissement vétérinaire. La RMM se fait construire sur des événements passés aux conséquences lourdes, et au vu du faible taux (5 pour 1 000 jours d'hospitalisation) d'erreurs en établissement vétérinaire, attendre qu'il y ait un décès où des conséquences graves pour mettre en place la RMM est moins facile à imaginer sur un stage de 3 mois. On pourrait toutefois former les équipes à modérer ces réunions via des jeux de simulation et de rôle et cette voie, bien que mise de côté, présente des pistes intéressantes.

Les données relevant des facteurs organisationnels et humains ne répondent pas toujours aux critères de formalisation des bases de données de REX. Les bases de données regorgent d'informations dont l'utilisation est rendue difficile par la masse.

Les débriefings réguliers viennent renforcer ce dispositif en permettant une analyse approfondie et une adaptation continue des pratiques, assurant ainsi une amélioration durable de la qualité des soins vétérinaires.

DEUXIEME PARTIE

ANALYSE PRATIQUE ET MISE EN ŒUVRE À LA CLINIQUE SEINEVET

1. Cadre de mise en œuvre du projet

1.1 Présentation de la clinique vétérinaire SeineVet et de son environnement professionnel

La clinique vétérinaire SeineVet est répartie sur deux sites : le site principal est à Boos (76520), et une clinique secondaire “historique” est située dans le quartier de cachoise (76000), proche de Rouen. Si l’activité est initialement uniquement équine, elle évolue progressivement vers une activité mixte à prédominance canine comprenant une partie de référée dans les spécialités suivantes : consultations orthopédiques, chirurgies orthopédiques et tissus mous, microchirurgie, arthroscopie, endoscopie- coelioscopie, dermatologie, médecine interne, oncologie, imagerie médicale, reproduction et urgences. L’établissement SeineVet possède un réseau de compétences varié : adhésion au groupe vétérinaires de la région Rouennaise Double V, et au Groupement d’Intérêt Économique (GIE) VetoAlliance. Grâce à des collaborations avec ces groupements régionaux, la clinique bénéficie d'un réseau de compétences élargi.

Leurs valeurs d’excellence, d’engagement et de plaisir au travail les ont amenés à accueillir deux stagiaires dans le cadre du mémoire de master MC-ESV ayant déjà réalisé un travail respectivement sur l’évaluation de la satisfaction de la clientèle et des collaborateurs d’un service d’hospitalisation ainsi que sur les indicateurs de performance et d'activité. En accueillant des stagiaires dans le cadre de mémoires de master, SeineVet montre son engagement envers l’éducation et la formation continue des futurs professionnels vétérinaires. Les travaux des stagiaires sur ces sujets cruciaux dans le domaine du management vétérinaire contribuent à l’amélioration constante des pratiques de la clinique.

Leur objectif : “assurer les meilleurs soins pour la santé de vos animaux”. Dans le livret fourni aux stagiaires, une des pages est attribuée à la sécurité : on peut y lire que les associés y sont attachés et les stagiaires sont encouragés à respecter scrupuleusement les consignes

dans les locaux et les lieux où ils peuvent être amenés à se rendre. De là, il n'y a qu'un pas de plus à faire pour rentrer dans le cadre de la sécurité des soins.

Si le site historique de Cauchoise en 1910 ne comprenait que deux vétérinaires et leurs deux assistantes, ce sont aujourd'hui 7 associés, 16 collaborateurs libéraux, 3 internes, 4 consultants externes et 28 assistants vétérinaires qui se partagent les locaux. Cette évolution de la clinique vétérinaire SeineVet reflète non seulement sa croissance notable, mais aussi son adaptation aux besoins changeants de la médecine vétérinaire actuelle. SeineVet offre un panel de soins de haute qualité et diversifiés.

À mesure que la clinique continue de s'étendre et de se diversifier, la sécurité des soins devient un aspect primordial. En mettant un accent sur la sécurité, SeineVet établit un environnement de travail où les erreurs peuvent être minimisées et où la qualité des soins peut être améliorée. Un engagement de la direction dans ce sens est traduit à travers ce travail de mémoire. C'est dans cette optique que la clinique prévoit de renforcer ses processus de mesure et de gestion des erreurs, assurant ainsi une démarche proactive vers de meilleurs soins vétérinaires.

1.2 Rôle de l'outil RETEX dans l'amélioration des pratiques de la clinique SeineVet

Selon l'adage "*on ne peut pas gérer ce que l'on ne peut pas mesurer*", il devient évident qu'une gestion efficace commence par la capacité à mesurer précisément ce qui se passe. Dans cet esprit, l'idée est de poser la première pierre à l'édifice en mesurant les erreurs commises au sein de SeineVet. Ce point de départ permettra ensuite de trouver des solutions qui sont adaptées aux réalités de la clinique.

Cependant, il est important de reconnaître que dans le contexte des établissements vétérinaires, de nombreux obstacles existent lorsqu'il s'agit de faire remonter des informations pertinentes et précises. Ces obstacles peuvent être de différentes natures : organisationnels, humains, techniques, ou encore liés à la culture de l'établissement. Pour surmonter ces défis, la création d'un formulaire qui soit à la fois simple d'utilisation et pertinent représente notre première tâche.

Ce travail ne s'arrête pas à la création du formulaire. D'autres outils complémentaires seront progressivement mis en place. Ces outils auront pour objectif de renforcer la remontée d'informations et d'assurer que les données collectées soient non seulement complètes mais

aussi pertinentes. En adoptant cette approche méthodique, nous espérons créer un environnement où les erreurs peuvent être remontées et utilisées à des fins pratiques.

La principale problématique de ce mémoire est donc d'organiser la remontée ou collecte d'informations dans un établissement de soins vétérinaires en vue d'une amélioration continue. Afin de répondre à ces exigences, trois outils ont été imaginés en parallèle :

- Premièrement un formulaire sous forme de "RETEX" afin de proposer des rapports spontanés d'incidents qui ont lieu au sein de la clinique.
- Secondement une formation pour créer des référents "sécurité" capables de mener des débriefings.
- Troisièmement des vidéos de vulgarisation pour sensibiliser le personnel de la clinique à la sécurité des soins.

2. Le formulaire de retour d'expérience

2.1 Objectifs

Le retour d'expérience (REX) comme vu précédemment est un outil qui vise à remonter les expériences individuelles des membres de l'équipe. Pour remplir cet objectif, on crée un formulaire intuitif, dont les données sont centralisées et accessibles facilement.

2.2 Protocole d'enquête

Le formulaire est diffusé via deux canaux : un QR renvoyant à un lien URL code affiché au sein des locaux de l'établissement de soins vétérinaires, qu'il est donc possible de scanner avec son téléphone. Le même lien URL est partagé sur le groupe Whatsapp® de la clinique SeineVet pour plus de visibilité et une accessibilité en dehors des heures de travail. Les résultats du questionnaire sont collectés sur trois semaines du 21 mai au 4 juin 2024.

2.3 Conception du formulaire

2.3.1 Le formulaire de retour d'expérience

Pour établir le formulaire, deux premières versions d'essais ont été créées à partir de la bibliographie (accessibles en ANNEXE 5) afin de les présenter ensuite aux collaborateurs pour obtenir un retour dessus et d'ajuster le contenu en fonction des remarques. L'idée n'est pas de créer un formulaire générique et applicable à n'importe quel établissement vétérinaire, mais davantage un formulaire qui colle à la réalité de la pratique vétérinaire à SeineVet

2.3.2 Ouvert, confidentiel ou anonyme ?

Dans un établissement où la création d'une culture de sécurité est récente et, même si le management est bienveillant et que l'entreprise est engagée dans de nombreuses formations de gestion d'entreprise (Ergone, Eunoia), établir un questionnaire ouvert où tout le monde a accès aux réponses représenterait un frein à la récolte d'informations.

La question se pose donc entre la confidentialité et l'anonymat du questionnaire. Dans le sens où l'on essaie de créer une culture de sécurité positive, on essaie de rattacher des idées positives aux erreurs et de démontrer que les erreurs sont davantage des opportunités d'enseignement que des fautes individuelles. Dans ce sens, rendre le questionnaire anonyme y associe une idée de faute, pour laquelle le questionnaire est rendu anonyme. L'anonymat ne permet également pas ou difficilement d'obtenir des informations complémentaires. Il ne permet pas de discuter avec les opérateurs voire de proposer un accompagnement. Pour ces raisons, on choisit la confidentialité du questionnaire. Le caractère confidentiel et non anonyme du questionnaire est précisé en début de celui-ci et la personne peut donc choisir de ne pas remplir le formulaire après avoir eu connaissance de cette information.

2.3.3 Choix du nombre de questions

Comme dans tous les questionnaires et pour toutes les collectes d'informations, plus le questionnaire est court et intuitif à remplir, plus l'expérience de l'utilisateur sera positive et plus les collaborateurs seront motivés à le remplir à de multiples reprises. L'objectif est de créer un formulaire qui soit rapide à remplir pour qu'il soit réalisable de le remplir à chaud, sur l'instant ou juste après que le collaborateur ait expérimenté un événement indésirable.

L'intérêt est d'obtenir des informations les plus précises possibles pour construire une analyse juste sur celles-ci.

Un formulaire de 5 à 9 questions permettrait de rendre l'exercice répétable plusieurs fois dans la journée sans que cela ait un impact sur les activités cliniques du fait de la perte de temps que cela allait occasionner.

Il est clair qu'avec seulement cinq à neuf questions, il est impossible de recueillir toutes les informations nécessaires pour une analyse approfondie des origines profondes d'un EIAS. L'idée de créer un premier questionnaire puis un second sur le modèle du "pied dans la porte", largement utilisé dans le domaine du marketing et du commerce. En établissant un formulaire initial succinct et facile à remplir, on cherche à minimiser l'engagement initial requis de la part de l'opérateur. Lorsque des informations manquent, il devient alors difficile pour l'opérateur de refuser une demande ultérieure d'informations complémentaires, ayant déjà pris part à la démarche. Ainsi, il est probable qu'une plus grande participation soit obtenue en optant pour un formulaire bref suivi d'une demande d'informations supplémentaires, plutôt que pour un formulaire long qui demande une réflexion poussée.

2.3.4 Déclarer uniquement ses propres EIAS ?

Il est souvent plus évident de repérer les erreurs commises par les autres que nos propres erreurs. On apprend également mieux des erreurs des autres que des nôtres (Meunier, 2012) C'est pourquoi, dans le cockpit des avions de ligne, deux pilotes sont présents : les erreurs des uns sont plus facilement détectées par les autres. Dans cette optique, permettre aux travailleurs de signaler les incidents ou dysfonctionnements de leurs collègues pourrait accroître le nombre d'EIAS rapportés. Cependant, dans le cadre d'une culture visant à instaurer un climat de confiance et une attitude positive envers la sécurité, l'objectif est d'encourager les individus à reconnaître ouvertement leurs erreurs sans craindre de blâme ou de sanctions. Le fait de signaler les EIAS des autres pourrait entraîner une culture de dénonciation, ce qui irait à l'encontre de nos efforts pour favoriser cet environnement souhaité.

De plus, ceux qui signalent les erreurs des autres n'ont pas nécessairement une compréhension approfondie de la situation de la personne ayant commis l'erreur, ce qui peut entraîner des informations imprécises dans le rapport, rendant ainsi difficile l'identification

des causes sous-jacentes. Afin d'éviter que le processus de signalement ne prenne une mauvaise direction, il est préférable de limiter les réponses aux personnes ayant directement vécu l'incident.

2.3.5 Architecture du questionnaire

Le questionnaire aborde plusieurs thématiques et peut être découpé en plusieurs parties :

- La première partie permet de recenser les informations essentielles : qui déclare l'incident, et que s'est-il passé, ainsi que la suite d'actions qui a conduit à cet événement.

- La deuxième partie représente un coupe-circuit : il permet de filtrer si la personne déclare ses propres événements indésirables ou non.

- La troisième partie fait le bilan des facteurs latents qui, aux yeux l'opérateur, ont pu causer l'accident. On l'interroge sur les facteurs environnementaux, organisationnels et individuels.

- La quatrième partie comportait des questions sur les barrières, il s'agit de proposer une boîte à idées à la personne qui a vécu la situation

- La cinquième partie représente un soutien émotionnel aux personnes qui remplissent le questionnaire : proposer des options de discussion si l'opérateur en ressent le besoin.

Le questionnaire final est accessible en ANNEXE 6

2.3.5 Choix du support

Le formulaire de retour d'expérience développé dans ce mémoire a pour objectif de coller le plus possible à la réalité des pratiques au sein de SeineVet. L'établissement étant de grande taille et les employés nombreux, un outil numérique permettant le traitement informatique des données à été privilégié. Pour le choix de la plateforme du formulaire, Microsoft Forms a été privilégié pour plusieurs raisons : le personnel de SeineVet a déjà un accès complet à la suite Office®, la plate-forme offre donc une manipulation facilitée des données via Microsoft Excel® et le processus d'analyse des données est simplifié. Le formulaire offre des fonctionnalités intéressantes comme la personnalisation des questions (choix multiples, échelles de notation, champs de texte libre, etc.) et l'option de rendre les questions obligatoires ou non. De telles fonctionnalités permettent de créer un questionnaire sur mesure et adaptable. Microsoft Forms® représente une interface intuitive et facile à

utiliser. Cela permet au personnel de la clinique de pouvoir remplir le formulaire indépendamment du niveau de compétence technologique. Enfin, Microsoft Forms propose des fonctionnalités de sécurité et de confidentialité intéressantes pour assurer la confidentialité des données traitées.

2.3.6 Entretiens individuels et co-création

Pour adapter au mieux l'outil aux besoins de la clinique, 8 entretiens individuels ont été conduits à des profils différents pour exposer les outils existants en médecine humaine, et présenter le squelette du formulaire qui avait été construit à la suite de recherches bibliographiques. Les profils ont été sélectionnés selon des critères de diversité d'échelons au sein de la structure, diversité d'ancienneté, et diversité de profils. Cette diversité permet de capturer une vue d'ensemble des pratiques et des besoins, garantissant ainsi que le formulaire reflète fidèlement la réalité du terrain.

Impliquer le personnel dans la conception de l'outil présente plusieurs avantages. Cela favorise l'appropriation de l'outil par les utilisateurs et leur engagement : les employés qui participent à la création du formulaire, sont plus susceptibles de s'engager activement dans son utilisation, car ils se sentent entendus et valorisés. Cette approche collaborative permet de mieux identifier les besoins spécifiques et les défis rencontrés par les différents groupes de personnel, assurant ainsi que le formulaire couvre tous les aspects pertinents de leur expérience au travail. Elle permet notamment d'intégrer des perspectives diverses et complémentaires : les employés à différents niveaux hiérarchiques et avec différentes expériences peuvent apporter des points de vue uniques et des solutions créatives aux problèmes identifiés. Par exemple, les vétérinaires seniors peuvent identifier des besoins liés à la gestion des cas complexes, tandis que les assistantes vétérinaires peuvent se concentrer sur des aspects pratiques du travail quotidien (Sanders et Stappers, 2008).

Cette méthode permet aussi d'améliorer la qualité et la pertinence des données recueillies. Les employés qui participent à la conception du formulaire sont plus susceptibles de formuler des questions claires et adaptées à leur contexte de travail. Cela conduit à des réponses plus précises et utilisables pour améliorer les pratiques et les processus internes (Von Hippel, 2005).

3. La formation de référent sécurité

3.1 Objectifs

La sécurité dans un établissement de soins vétérinaires est un pôle fragile. Comme tous les outils et particulièrement quand on parle de *soft skills*, s'il n'est pas entretenu ou intégré dans les pratiques journalières de la clinique, il est voué à disparaître. On s'approche des idées de normalisation de la déviance : on l'utilise de moins en moins, les ressources allouées à cet outil s'amenuisent, il produit moins de résultats et on cesse doucement de l'utiliser. L'intérêt de former certains managers ou certains assistants vétérinaires est de responsabiliser les acteurs en attribuant des rôles et de maintenir l'outil dans les pratiques.

Former des référents sécurité ou des "*coachs sécurités*" présente d'autres bénéfices non négligeables qui viendront renforcer le formulaire déjà en place. L'idée est de créer des espaces d'échanges, des moments où la parole est possible sous la forme de débriefings qui seront menés par ces référents sécurité. Les référents sécurité auront deux autres rôles supplémentaires qui seront celui d'être accessible au long de la journée pour ouvrir la discussion entre deux débriefings, et de faire remonter les informations pertinentes regardant les erreurs afin qu'elles soient traitées avec celles qui sont remontées spontanément. Ces coach sécurité sont des sentinelles de la gestion des risques qui ont pour vocation à la fois d'éclairer les expériences individuelles pour leur donner de la visibilité, et d'être visibles pour rappeler au quotidien la sécurité des soins et incarner un espace d'échange.

Les objectifs sont donc nombreux de la mise en place d'une telle formation sécurité mais les principaux retenus sont donc :

- Faire comprendre les enjeux de la sécurité des soins aux membres de l'équipe vétérinaire
- Créer des rôles de référents dans la sécurité des soins au sein de l'établissement vétérinaire et leur donner les clefs pour mener un *briefing*
- Distribuer les responsabilités pour pérenniser l'outil dans le temps

3.2 Population cible

La formation sécurité s'adresse au personnel de SeineVet. Afin de promouvoir une culture de sécurité positive, il est intéressant de créer ces postes au sein des assistantes

vétérinaires ou de postes qui n'ont pas une position haute dans la hiérarchie établie à SeineVet. Ce choix permet plusieurs avantages stratégiques exposés ci-après.

Confier des responsabilités en matière de sécurité à des employés de niveaux hiérarchiques variés encourage une communication plus ouverte sur les questions de sécurité : les employés peuvent se sentir plus à l'aise pour signaler les problèmes à leurs pairs plutôt qu'à des supérieurs directs.

Les assistants vétérinaires sont souvent en première ligne des opérations quotidiennes. Ils sont mieux placés pour observer et signaler les comportements à risque et les anomalies qui peuvent compromettre la sécurité. Leur proximité avec le terrain permet une identification rapide des problèmes et une réaction immédiate, essentielle à la prévention des accidents. Leur position intermédiaire leur permet de relayer efficacement les messages de sécurité à l'ensemble du personnel, facilitant ainsi une compréhension mutuelle entre les niveaux de l'entreprise. Ces assistants représentent aussi des modèles de rôles positifs : les employés deviennent des exemples à suivre montrant que la sécurité est une responsabilité collective ce qui améliore les conditions de travail.

Choisir des assistants vétérinaires au sein de l'équipe renforce enfin une fois de plus l'engagement et le sentiment de valorisation des employés. En étant impliqué de manière active dans les initiatives de sécurité et d'une manière plus générale, dans le processus de décision et d'amélioration continue de l'entreprise, on ressent un plus grand sens de responsabilité et d'appartenance ce qui peut augmenter leur motivation et la satisfaction au travail.

Pour recevoir la formation sécurité, nous ciblons les responsables de *Business Unit* (BU), qui sont les référents ASV des différents pôles de SeineVet : chirurgie, hospitalisation, accueil, comptabilité.

3.3 Conception de la formation

Afin de créer ces rôles de référents sécurité, il est nécessaire de passer par une formation ou à minima par une sensibilisation des équipes. Afin d'appuyer la formation qui sera dispensée, deux supports seront délivrés en complément : un écrit d'une douzaine de pages qui permettra d'éviter la prise de notes pendant la formation, et une page de mémo. L'objectif est de focaliser toute l'attention des participants pendant la présentation et d'assurer la qualité du transfert d'information.

3.3.1 Modalités

Comme vu précédemment dans les contraintes de la clinique, celle du temps alloué est un axe majeur à prendre en compte. Pour respecter cette contrainte, la durée de formation sur une plage horaire d'une heure a été définie. Le principal enjeu est donc de réussir à condenser toutes les informations importantes dans un échange qui ne dépasse pas 60 minutes. L'attention complète d'un être humain ne dépasse pas 20 minutes. L'organisation de la session se fera donc sous formation de trois fois 20 minutes (Nick Morgan, 2023)

3.3.2 Supports choisis

Trois supports sont créés pour soutenir la formation à l'issue de sa conception : un PowerPoint® de 24 slides permettant d'appuyer la présentation orale, une page de mémo recto-verso, et un replay vidéo de 8 minutes permettant la revue de ce qui a été dit lors de la présentation orale. L'intérêt de créer trois supports distincts est de pallier la diversité des modes d'apprentissage et de rétention de l'information.



Figure 7 : Exemple d'une figure appartenant au mémo construit pour la formation de référence à la sécurité

Le PowerPoint® est un outil visuel essentiel pour accompagner la présentation orale. Il sert de guide autant pour le formateur que pour les participants. Les visuels, les graphiques et les points clés dans les diapositives permettent de capter l'attention des participants et de

renforcer les messages importants. Un support visuel aide à la compréhension et la mémorisation des informations présentées. La formation en devient plus engageante

La page de mémo recto-verso est un résumé condensé des points importants abordés pendant la formation. Le format condensé est utile pour les participants qui veulent avoir un rappel rapide et facilement accessible.

Le replay de la formation propose un format plus complet. Contrairement au mémo, ce format permet aux participants de revoir le contenu entier de la présentation.

3.3.3 Choix du contenu de la formation

La formation élaborée s'est appuyée principalement sur plusieurs ressources bibliographiques de la haute autorité de santé qui a elle-même publié des supports de vulgarisation de sécurité des soins. Elle est articulée en plusieurs parties :

- Une première partie expliquant grossièrement les enjeux de la sécurité des soins en médecine vétérinaire : principaux chiffres clés, compréhension des facteurs intervenant dans une erreur. Les grandes théories sur les erreurs (Bird, Reason) sont expliquées dans cette partie
- Une seconde partie expliquant plus précisément le rôle des référents sécurité : les objectifs globaux de la fonction puis sous un format en entonnoir pour aller sur des exemples concrets.
- Une troisième partie donne les clefs pour mener un débriefing en pratique le plus efficace possible et remplir les objectifs exposés précédemment.

3.4 Réalisation effective de la formation

La formation est réalisée en fin de matinée, la date et l'heure sont fixées en fonction des disponibilités des participants. L'accord des participants pour participer à cette formation sont obtenus au préalable. Le lieu choisi sont les bureaux de la clinique vétérinaire, pour l'espace pratique et l'accès facilité aux ressources informatiques ainsi qu'à du mobilier.

3.5 Feedback à l'issue de la formation

A l'issue de la formation, un moment de discussion est laissé pour obtenir un *feedback* sur la formation. Celle-ci est perçue de manière positive par les participants et obtient un retour positif. Des difficultés sont remontées à la même occasion quant à l'application

effective des conseils donnés, des solutions sont alors discutées pour permettre de contourner ces problématiques.

4. Les vidéos de vulgarisation scientifique sur Youtube®

Afin de toucher un maximum de personnel et de garantir une bonne assimilation des informations, un format de communication ludique et engageant a été réfléchi. La vidéo, support dynamique et peu chronophage, s'est imposée comme le moyen idéal pour diffuser largement les messages clés et susciter l'intérêt des collaborateurs. Ce format permet non seulement de transmettre des informations de manière claire et concise, mais aussi de capter l'attention grâce à des éléments visuels attrayants et une narration percutante. La vidéo offre une grande flexibilité de diffusion, pouvant être facilement partagée sur différents canaux internes (intranet, réseaux sociaux d'entreprise, etc.) et consultée à tout moment par les collaborateurs.

4.1 Sujets des vidéos

Les sujets de vidéos sont réfléchis pour s'articuler entre eux et être complémentaires. Les sujets choisis sont les suivants :

- Le formulaire de retour d'expérience, en quoi ça me concerne ?
- Les enjeux de la sécurité des soins en médecine vétérinaire
- Appliquer la sécurité dans mon service au quotidien

“Le formulaire de retour d'expérience, en quoi ça me concerne ?” vise à sensibiliser le personnel à l'importance de leur feedback. Elle souligne l'impact direct de leurs retours d'expérience, et encourage une participation active en valorisant le rôle de chaque individu dans le processus d'amélioration. Cette vidéo permet aussi de préciser quelles informations sont intéressantes et pertinentes à remonter, afin de guider les collaborateurs dans leurs retours.

“Les enjeux de la sécurité des soins en médecine vétérinaire” met en évidence les risques potentiels pour les animaux, les clients et le personnel soignant. En sensibilisant à ces enjeux, la vidéo engage une prise de conscience collective et à adopter des pratiques plus sûres.

“Appliquer la sécurité dans mon service au quotidien” propose une approche pratique et concrète, en fournissant des conseils et des exemples pour intégrer les principes de sécurité

évoqués précédemment dans les tâches quotidiennes. Cette vidéo vise à faciliter la mise en œuvre des bonnes pratiques et à renforcer la culture de sécurité.

Cette sélection de sujets complémentaires permet d'aborder la sécurité des soins sous tous les angles, et combine sensibilisation, information et conseils pratiques.

4.2 Modalités techniques et choix de réalisation

Pour capter l'attention du public cible au mieux, les vidéos sont réfléchies pour être courtes : d'une durée de 5 à 8 minutes au maximum.

Utiliser PowerPoint et afficher en parallèle le visage de la personne expliquant lors de la réalisation d'une vidéo pédagogique nous semble être une bonne combinaison pour la réalisation de telles vidéos. La diapositive PowerPoint est une structure claire, ce qui facilite la compréhension et la mémorisation des informations. Il est possible d'intégrer divers éléments visuels tels que des graphiques et des animations, rendant l'expérience plus visuelle pour briser la monotonie. L'affichage du visage de l'intervenant crée un lien humain avec les apprenants, la vidéo devient alors plus engageante et interactive. Les expressions faciales et le langage corporel ajoutent une dimension dynamique à la présentation, captent l'attention et renforcent la motivation.

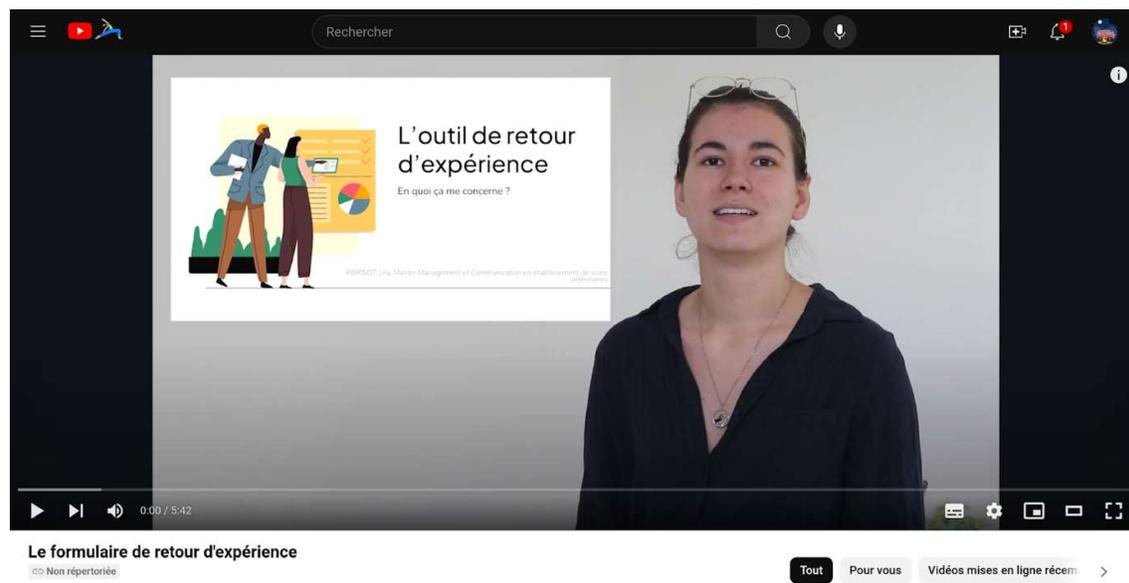


Figure 8 : Image d'une des vidéos mises en lignes sur Youtube®

4.3 Plateforme de diffusion et diffusion de l'information au sein de SeineVet

Pour la mise en ligne des vidéos, Youtube® est la plateforme qui est choisie pour les diffuser. Ce choix résulte de plusieurs facteurs : une familiarité de ma part avec la plateforme, la possibilité de restreindre l'accès aux vidéos à plusieurs niveaux, une mise en ligne rapide, et la possibilité d'organiser les vidéos dans des *playlists* auxquels les différents membres du personnel ont accès selon leur niveau de formation. La plupart des collaborateurs sont également familiers avec cette plateforme qui est souvent rattachée à une image de divertissement, ce qui peut d'autant plus renforcer leur motivation à consulter le lien.

TROISIEME PARTIE

ANALYSE DES BESOINS DE SEINEVET ET RESULTATS A LA SUITE DE LA MISE EN PLACE DES DISPOSITIFS

1. Les entretiens semi-directifs

1.1 Choix du type d'entretien

Pendant le processus de création du formulaire ainsi que des autres outils, l'idée de mener des entretiens a été abordée.

La remontée d'information dépendant entièrement du personnel et des collaborateurs de la clinique, il semblait essentiel de leur demander leur avis et d'avoir leur perspective sur la situation. Des solutions pertinentes peuvent aussi être proposées par les membres du personnel à des problématiques qu'ils évoquent.

Il existe plusieurs types d'entretiens, présentés dans le tableau suivant :

Tableau I : Caractéristiques des trois types d'entretiens, d'après De Ketele et Roegiers (1996)

Entretien dirigé (ou directif)	Entretien semi-dirigé (ou semi-directif)	Entretien libre (ou non directif)
Discours non continu qui suit l'ordre des questions posées	Discours par thèmes dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de l'interviewé	Discours continu
Questions préparées à l'avance et posées dans un ordre bien précis	Quelques points de repère (passages obligés) pour l'interviewer	Aucune question préparée à l'avance
Information partielle et réduite	Information de bonne qualité, orientée vers le but poursuivi	Information de très bonne qualité, mais pas nécessairement pertinente
Information recueillie rapidement ou très rapidement	Information recueillie dans un laps de temps raisonnable	Durée de recueil d'informations non prévisible
Inférence assez faible	Inférence modérée	Inférence exclusivement fonction du mode de recueil

Dans le cadre de notre travail, des entretiens semi-directifs semblent être le plus adaptés aux résultats que l'on recherche. Il se distingue par une structure flexible, ce qui permet de répondre aux arguments des participants et ainsi de pousser la discussion sur des chemins qui n'auraient pas été envisagés tout en maintenant un certain cadre pour orienter la discussion. Pour cela, il est recommandé d'utiliser un guide d'entretien, c'est-à-dire une liste de questions ou de thèmes préétablis. L'ordre des questions peut être modifié en cours de route pour être adapté au fil de la conversation. Cette flexibilité permet de suivre les réponses des participants et de poser des questions supplémentaires pour approfondir ou clarifier certains points.

Ce format s'adapte bien à différentes situations et types de participants, ce qui est le cas dans notre étude.

Les différentes étapes de l'entretien semi-directif sont les suivantes (d'après Imbert, 2010) :

- Partie préalable au terrain (i.e. le choix des critères d'inclusion des cas à l'étude, la procédure de recrutement des cas),
- Le pré-test et la validation du guide d'entretien,
- Le contexte de réalisation des entretiens,
- Le déroulement des entretiens semi-dirigés,
- Le traitement et l'analyse des données.

1.2 Modalités des entretiens individuels

Ces différentes étapes sont adaptées au contexte de la clinique et synthétisées dans le tableau suivant (Guittet, 2013):

Tableau II : Étapes à la mise en place d'entretiens individuels selon Guittet (2013)

Choix des participants à l'étude	8 participants sont choisis pour participer aux entretiens semi-directifs. Ce nombre permet un travail raisonnable d'analyse à la suite des entretiens, en permettant d'avoir une plus grande variété de profils au sein de la clinique. On choisit 4 assistants
----------------------------------	--

	vétérinaires et 4 vétérinaires, d'ancienneté et de classe d'âges différents.
Choix des modalités et création du guide d'entretien	On choisit de mener l'entretien sur 30 minutes, pour permettre une discussion plus en profondeur tout en gardant un format facilement compressible dans les emplois du temps. Le guide est réfléchi en trois parties : un premier temps de sensibilisation pour définir les contours du sujet, un second bloc qui fait raconter le vécu et les freins à un système de remontée d'informations, et un troisième bloc de co-création du formulaire de remontée d'informations.
Aménager l'espace et le temps	Les espaces disponibles dans le planning ont été ciblés, puis une confirmation orale a été obtenue des participants sur l'heure et le lieu. Les moments ont été bloqués pour qu'un temps sans dérangement soit bloqué. Les entretiens ont été menés dans la salle de pause, un espace positif à part du lieu de travail.
Accueillir	Mettre à l'aise en instaurant un climat de confiance. Signifier une relation d'égal à égal, et une absence de jugement. Définition des modalités : durée et passage rapide sur les points abordés, veille à l'adhésion de la personne au processus. Expliquer la façon dont on entend prendre des notes et veiller à laisser ses documents visibles sur la table
Clarifier les rôles	Rappel qu'on est auditeur, notre mission et les objectifs du stage de mémoire. Expliquer le choix de les auditer en tant que personnel de la clinique.
Clarifier le but et la méthode	Rappel du but de l'entretien : sensibiliser sur les erreurs médicales et obtenir leur point de vue sur la remontée d'informations. Pour cela, des notes sont prises pendant l'entretien semi-directif.
Enquêter, explorer	Poser les questions en alternant les modèles (ouvertes, fermées, indirectes...), recentrer l'entretien si nécessaire et explorer les ouvertures intéressantes.

<p>Adapter sa stratégie</p>	<p>Reformuler, clarifier la position du participant en demandant des précisions. Rendre accessible les questions si elles sont mal comprises.</p>
<p>Synthétiser, conclure l'entretien</p>	<p>Reformuler les points principaux abordés par le participant et confirmer la bonne compréhension du message par les deux parties. Terminer par une phrase de synthèse. Remercier pour la participation.</p>

1.3 Analyse des résultats des entretiens

L'analyse thématique par codage des verbatims a permis de dresser l'arbre des thématiques visible ci-après :

Tableau III : Analyse des verbatims et classement en catégories et sous-catégories

Regard vis-à-vis des erreurs
Vécu sur les erreurs actuellement
Erreurs de communication
Freins à la remontée d'informations
Manque de temps
Manque de structuration
Peur du blâme
Manque de considération
Co-conception du futur questionnaire
Contenu et format
Confidentialité
Suivi du changement

Vécu sur les erreurs actuellement

La majorité des participants (sept sur huit) évoque la possibilité de discuter des erreurs commises avec un pair ou un des responsables des ressources humaines (RH). L'équipe a donc globalement l'impression de pouvoir discuter d'événements graves avec quelqu'un de leur profession, et que la discussion n'est pas fermée vis-à-vis des erreurs qui sont commises. Une tendance à minimiser les conséquences de celles-ci est décelée chez plusieurs membres de l'équipe. L'ambiance générale vis-à-vis des erreurs un peu défaitistes : peu de solutions sont

proposées et elles sont envisagées sous un jour plutôt négatif. L'erreur est reconnue comme un sujet délicat, mais pas nécessairement tabou.

ASV4 :	“Mais si c'est juste pour critiquer, ça sert à rien.”
V1 :	“Et puis, parfois, on minimise l'erreur, en vrai on se dit que ce n'est pas grave, que ça arrive à tout le monde.”
V4 :	“Les erreurs c'est humain, et elles peuvent arriver à n'importe qui, n'importe quand.”

- Erreur de communication

Parmi les questions posées, nous avons interrogé les erreurs que les participants pensaient le plus faire au sein de la clinique. Le point mis en avant d'un commun accord à l'unanimité entre les participants interrogés sont les difficultés de communication qu'à toute l'équipe. La communication interpersonnelle est plus souvent mise en avant, spécifiquement entre les assistants spécialisés vétérinaires (ASV) et les vétérinaires. Cette difficulté de communication se manifeste de différentes manières : manque de clarté dans la transmission des informations, mauvaise compréhension des consignes, perte d'informations, etc.

ASV1 :	“Je pense que c'est surtout au niveau de la transmission des infos entre nous, entre les ASV et les vétos, ou même entre les vétos.”
ASV3 :	“Moi, je dirais que c'est surtout le manque de communication. On ne sait pas toujours à qui s'adresser." [...] "Des fois, on est tellement speed qu'on prend pas le temps de bien communiquer, et après ça va vite.”
V3 :	“Je dirais que c'est la communication entre les vétos et les ASV. On ne prend pas toujours le temps de se briefer, alors ya des oublis et des erreurs dans les transferts.”

- Manque de temps

Le premier frein évoqué en grosse majorité est le manque de temps par rapport à la charge de travail. C'est l'obstacle majeur à la déclaration des événements indésirables, comme en témoignent les verbatims des participants. Les ASV (AV1, AV4) et les vétérinaires (V1, V2, V4) expriment tous la difficulté de trouver le temps nécessaire pour remplir un formulaire.

ASV4 :	“Le truc, c'est qu'on n'a pas de temps pour ça. On court déjà partout toute la journée, alors remplir un formulaire en plus, c'est mission impossible.”
ASV2 :	“C'est super important de pouvoir partager ce qui se passe. Mais bon, faut que ce soit simple et rapide, sinon personne le fera.”

- Culture du blâme

Les verbatims permettent de mettre le doigt sur un fond de culture de blâme présente au sein de la clinique. Plutôt que de chercher à comprendre les causes profondes des erreurs, la tendance est de désigner un coupable, ce qui crée un climat de peur et de méfiance. Cette recherche de responsabilité individuelle aboutit souvent à une dilution de la faute, où personne n'est finalement tenu responsable, empêchant toute analyse constructive et l'amélioration des pratiques. Cette culture du blâme est un frein à la déclaration des erreurs et à l'apprentissage organisationnel, car elle dissuade les employés de signaler les problèmes par crainte des représailles.

ASV 1 :	“On a tendance à chercher un coupable plutôt que de comprendre pourquoi l'erreur s'est produite.”
ASV 3 :	“Ici c'est jamais personne. Quand une erreur est faite, on se renvoie tous la faute et au final on ne cherche pas plus loin.”
ASV 4 :	“typiquement les QR code il faudrait les mettre dans les toilettes. Là en plein milieu tout le monde voit quand tu scannes et on va se dire “tiens, elle elle a fait une boulette”.”

- Manque de structuration

Plutôt du côté des auxiliaires que des vétérinaires, le personnel déplore un manque de structuration dans la circulation des informations à l'heure actuelle. Le nombre important d'employés à SeineVet ainsi que la distribution des postes (chefs de Business Unit (BU), responsables RH, apprentis, ...) rend opaque la conduite à tenir en cas de problème. L'inexistence d'un système de remontée d'informations avec une procédure à suivre est notée.

ASV1 :	“Franchement, y'a pas de processus. On se dit les trucs entre nous, mais ça va pas plus loin. Et puis, j'ai l'impression que ça sert à rien de toute façon, parce qu'on changera rien.”
ASV3 :	“C'est un peu le bordel, on sait pas trop à qui s'adresser ni comment faire. Puis, on a un peu peur de se faire taper sur les doigts si on dit quelque chose de négatif.”

- Manque de considération

Le manque de retour concret sur les actions entreprises suite aux signalements génère un sentiment de frustration et de découragement chez les employés. Les informations et les problèmes qui sont parfois remontés à l'occasion d'entrevues n'ont pas de retour et peu de visibilité est donnée à ceux qui signalent des problèmes. Cette absence de reconnaissance de leur contribution et de l'impact dans les décisions prise dans la vie de l'entreprise peut faire apparaître une réticence à signaler de futurs problèmes.

V2 :	“Le problème, c'est qu'il n'y a pas de suivi. On signale un problème, mais on ne sait jamais s'il y a eu des mesures qui ont été prises pour le résoudre.”
V4 :	“C'est surtout quand on a l'impression que notre avis ne sera pas pris en compte. Si on a déjà signalé des problèmes sans que rien ne change on se décourage.”

- Contenu et format

Les avis étaient très similaires quant au remplissage du formulaire. Au contraire de ce qui était anticipé, les questions ouvertes ont reçu des avis beaucoup plus favorables, les boîtes de texte à remplir étaient davantage plébiscitées. Les participants se sont expliqués en exprimant que les situations dans lesquelles ont fait des erreurs sont souvent complexes et qu'une échelle de notation ne permettait pas de retranscrire cela. La possibilité de mieux s'expliquer sur leur perspective vis-à-vis de ce qui s'est passé est mise en avant par six des huit participants. Toutefois, pour des raisons de praticité, certains participants ont tout de même préféré les boîtes avec une échelle de notation, notamment pour les sujets comme la gravité de l'erreur, où l'impact que celle-ci a eu sur nous.

ASV3 :	“Je trouve que les questions ouvertes c’est mieux : ça permet de s’expliquer correctement. Parce que bon entre 3 et 4 étoiles de stress, comment tu interprètes.”
ASV4:	“Des questions simples, avec des choix multiples pour gagner du temps. Et une rubrique pour dire ce qu'on pense qu'il faudrait faire pour éviter que ça se reproduise.”
V4 :	”moins il y aura de questions et plus les gens vont le remplir parce que ça ira plus vite.” [...] “Je préfère les questions fermées avec les échelles de notation”

- Confidentialité

Un gros accent a été mis sur la possibilité que le questionnaire soit anonyme ou à minima confidentiel pendant les entretiens. Cela est à corrélérer directement avec le fond de culture du blâme qui existe et qui a été abordé dans une partie précédente. La garantie de confidentialité, voire d'anonymat, est donc perçue comme un indispensable pour encourager la déclaration spontanée des événements indésirables. Plusieurs participants ont exprimé leur réticence à utiliser un formulaire nominatif, craignant que leurs déclarations ne soient utilisées contre eux.

ASV1 :	“Je pense que c’est très intéressant, mais faut que ce soit confidentiel et constructif. Sinon, ça peut vite devenir un truc toxique où tout le monde se rejette la faute.”
ASV2 :	“Je pense que ça serait important de le signaler, mais il faudrait que ce soit anonyme.”
V2 :	“Mais faut que ce soit anonyme, sinon personne ne dira la vérité.”

- Suivi du changement

Les participants principalement ASV (quatre sur quatre) expriment un besoin de reconnaissance et de suivi après la déclaration d'un événement indésirable. Avoir un rappel comme quoi leur avis a bien été pris en compte et qu'il sera étudié au plus vite. Ils souhaiteraient aussi être informés des suites données à leur déclaration, notamment des mesures correctives mises en place. Enfin, l'idée d'un retour personnalisé avec des conseils pour éviter la répétition de l'erreur et des formations sur la gestion des erreurs est plébiscitée, soulignant ainsi une volonté d'apprentissage et d'amélioration continue.

ASV1:	“Un simple mail pour dire que ma déclaration a été prise en compte, ça serait déjà bien.”
ASV3:	“Peut-être un système de points pour récompenser les déclarants les plus actifs ?”
V3:	“Un retour personnalisé sur chaque déclaration, avec des conseils pour éviter que l'erreur se reproduise.”

Afin de synthétiser les verbatims relevés, un nuage de mots est créé pour mettre en évidence de manière graphique les termes qui sont le plus répétés au cours des entretiens. Les mots de liaison, ainsi que les termes non en lien avec la discussion sont retirés et présentés sur la figure ci-dessous :

A la suite de la formation sécurité, une nouvelle période de 14 jours est donnée au formulaire. Pendant cette période, le QR code est à nouveau scanné 18 fois et 1 retour est fait.

2.3 Troisième temps : questionnaire, formation et vidéos YouTube

Suite à la mise en ligne des vidéos de vulgarisation, plusieurs données sont analysables.

Le QR code est scanné 15 fois pendant la période de 14 jours où les trois outils sont en place simultanément. Six retours sont faits, et les trois vidéos de vulgarisation cumulent 25 vues sur la période. La vidéo qui suscite le plus d'intérêt étant celle sur le formulaire de retour d'expérience avec 54% des vues réalisées.

2.4 Analyse de ces résultats

A l'issue de la récolte de ces données, plusieurs constats peuvent être faits. Tout d'abord, la quantité brute d'information recueillie a peu d'importance. En effet, s'agissant d'une étude qualitative, un retour précis sur lesquels une analyse peut être faite est beaucoup plus intéressant qu'un retour ne répondant pas aux critères de réponses attendus.

Toutes les réponses (9) présentent une problématique réelle et observée pendant mon stage sur le terrain. Nous pouvons donc supposer que le questionnaire a bien été ciblé et que les acteurs en ont compris son utilité et son fonctionnement.

3. Préconisations et recommandations pour maintenir l'outil dans le temps

3.1 Recommandations globales

Afin de garantir la pérennité de l'outil RETEX et son efficacité dans le temps, plusieurs recommandations peuvent être formulées. Tout d'abord, il est essentiel de sensibiliser régulièrement le personnel à l'importance de la déclaration des EIAS et de leur rôle dans l'amélioration continue de la qualité des soins. Des formations continues peuvent être organisées pour rappeler les bonnes pratiques de déclaration et présenter les évolutions de l'outil. De plus, il est important de maintenir une discussion autour des EIAS déclarés, en partageant les analyses effectuées et les mesures mises en place à la suite des signalements.

Cela permet de valoriser l'implication du personnel et de renforcer leur engagement. Enfin, il est recommandé de mettre en place un système de suivi et d'évaluation de l'outil RETEX, afin de mesurer son impact sur la sécurité des patients et d'identifier les axes d'amélioration possibles. Pour cela, mesurer régulièrement les données analysées précédemment (nombre de vues, nombre de scans pour nombre de retours)

3.2 REX ascendant et REX descendant : diffuser l'information pour maintenir la motivation

3.2.1 L'importance de boucler la boucle du REX

Le REX (Retour d'Expérience) est un processus qui vise à tirer des enseignements des événements passés pour améliorer les pratiques futures. Il est essentiel de "boucler la boucle" du REX, c'est-à-dire de s'assurer que les informations collectées lors de la déclaration des EIAS sont analysées, partagées et utilisées pour mettre en place des actions correctives. Ce processus permet de valoriser les signalements et de renforcer la confiance du personnel dans le système mis en place. Maintenir la motivation est essentiel dans une démarche de changement et d'amélioration.

3.2.2 Chronologie du partage de l'information

Le partage de l'information doit suivre une chronologie précise pour garantir son efficacité. Dans un premier temps, il est important de remercier le déclarant pour sa contribution et de lui apporter un retour rapide sur sa déclaration. Ensuite, une analyse approfondie de l'EIAS doit être réalisée, impliquant les différents acteurs concernés. Les résultats de cette analyse doivent être communiqués de manière transparente à l'ensemble du personnel, en mettant l'accent sur les enseignements tirés et les actions correctives mises en place. Enfin, il est important de suivre l'efficacité de ces actions et de communiquer les résultats obtenus.

3.2.3 Choix des canaux de diffusion pour la diffusion de l'information

Le choix des canaux de diffusion dépend de la nature de l'information à partager et du public cible. Pour les informations générales concernant les EIAS et les actions correctives, des réunions d'équipe, des affichages ou des newsletters peuvent être utilisés. Pour les informations plus spécifiques ou confidentielles, des échanges individuels ou des groupes de

travail restreints peuvent être privilégiés. Il est important de varier les canaux de diffusion pour toucher l'ensemble du personnel et favoriser leur engagement.

3.2.4 Contenu diffusé

Le contenu diffusé doit être clair, concis et adapté au public cible. Il doit mettre en avant les enseignements tirés de l'EIAS, les actions correctives mises en place et les résultats obtenus. Il est également important de valoriser les contributions du personnel et de souligner l'impact positif de leur implication dans la démarche d'amélioration continue.

4. Discussion

La présente étude, malgré ses apports, présente certaines limites qui méritent d'être soulignées. La taille réduite de l'échantillon sur lequel ont été faits les entretiens (8 participants) soulève des questions quant à la représentativité des résultats et à leur capacité à être généralisés à l'ensemble du personnel de la clinique vétérinaire. L'absence d'indicateurs de performance quantifiables, tels que le nombre d'EIAS évités ou la réduction des coûts associés aux erreurs médicales, rend difficile l'évaluation objective de l'impact réel de l'outil RETEX sur l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des pratiques.

Pour réfléchir à l'étude, nous sommes partis du paradigme "on ne peut pas gérer si on ne peut pas mesurer", pourtant, celle-ci est discutable dans le contexte de la sécurité. En effet, une sécurité optimale doit être discrète, voire invisible, pour ne pas entraver le bon fonctionnement des activités. Si elle est efficace, il est difficile de mesurer la sécurité puisque peu d'événements indésirables ont alors lieu.

Les avancées et les solutions mises en place dans un hôpital vétérinaire A sont très probablement applicables dans un hôpital vétérinaire B. Il aurait donc été possible de plutôt partir de solutions déjà mises en place en hôpital vétérinaire pour s'éviter la réflexion initiale quant à l'outil à mettre en place, de le mettre en place et de mieux mesurer son efficacité (par du *shadowing* et des observations sur le terrain), et donc de mesurer le nombre d'EIAS qui ont eu lieu, combien auraient été évités et/ou combien n'ont pas été déclarés.

Enfin, l'utilisation d'un outil en ligne pour la collecte des données, bien que pratique, soulève des inquiétudes légitimes quant à la confidentialité des informations sensibles liées aux erreurs médicales. Il aurait été judicieux d'évaluer les mesures de sécurité proposées par Forms pour garantir la protection des données.

Par ailleurs, l'étude n'aborde pas en profondeur l'analyse des EIAS déclarés. Une analyse plus détaillée des causes profondes de ces événements aurait permis d'identifier les

facteurs contributifs les plus fréquents, de mettre en lumière les dysfonctionnements organisationnels et de proposer des mesures correctives plus ciblées et efficaces. La limite de temps imposée pour le mémoire (3 mois) ne nous ayant pas permis de pousser davantage le travail commencé.

Enfin, une évaluation de la culture de sécurité ou de la culture juste au sein de la clinique aurait permis de mieux comprendre les facteurs influençant la déclaration des erreurs et de proposer des interventions adaptées pour encourager une culture de transparence et d'apprentissage. L'absence de charte de non-punition des erreurs constitue aussi une lacune. Une telle charte, en garantissant que les erreurs ne seront pas sanctionnées, favorise la déclaration spontanée des événements indésirables élément clés de la qualité et de la sécurité des soins.

CONCLUSION

La gestion des erreurs médicales représente un enjeu crucial pour l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Bien qu'encore en phase de développement en médecine vétérinaire par rapport à la médecine humaine, cette thèse permet d'explorer les dimensions du sujet, et se concentre sur l'optimisation de la remontée d'informations dans les établissements de soins vétérinaires, illustrée par une étude de cas au sein de la clinique vétérinaire SeineVet (76520 Boos).

L'importance d'une culture de sécurité solide dans les cliniques vétérinaires a été soulignée comme un pilier pour encourager la discussion après la survenue d'une erreur. La mise en place d'outils tels que le retour d'expérience (RETEX) et la formation des référents sécurité, étudiée au sein de SeineVet, a montré son efficacité pour structurer et formaliser la remontée d'informations. Ces dispositifs permettent non seulement de documenter les erreurs, mais aussi de favoriser une analyse de leurs causes, ouvrant la voie à des actions préventives et à une meilleure gestion des erreurs.

Les résultats obtenus montrent que la mise en œuvre de ces outils a contribué à une amélioration des pratiques en créant un espace d'échange autour de celles-ci. Toutefois, il est essentiel de reconnaître que ces avancées ne peuvent être mises en place de manière durable sans un engagement continu de la part des équipes vétérinaires. La culture de sécurité doit être alimentée par des formations, un suivi des pratiques, et une ouverture à l'innovation pour s'adapter aux nouvelles problématiques.

Au-delà de la simple mise en place d'outils, ce travail met en avant la nécessité d'un changement de vision au sein des établissements vétérinaires. On veut passer d'une approche réactive à une approche proactive, où l'erreur n'est plus perçue comme une faute individuelle, mais comme une opportunité d'apprentissage. Ce changement de perspective est important pour instaurer un climat de confiance où les praticiens se sentent à l'aise pour discuter des erreurs, sans crainte de sanctions, et avec l'assurance que ces discussions contribueront à l'amélioration continue de leurs pratiques.

La réflexion faite sur les perspectives a permis d'envisager des pistes pour renforcer la durabilité des dispositifs mis en place. Parmi celles-ci, la digitalisation des outils de remontée

d'informations et la diffusion large de l'information (vidéos de vulgarisation et formation du personnel) pour faciliter le suivi et l'analyse des données ressortent comme des solutions prometteuses. Enfin, le développement d'un réseau de partage d'expériences entre cliniques vétérinaires pourrait favoriser une diffusion plus large des bonnes pratiques et des leçons tirées des erreurs.

Finalement, il est important de souligner que ce travail n'épuise pas le sujet, mais ouvre la voie à des recherches futures. Parmi les axes à explorer, une évaluation à plus long terme de l'impact des outils de gestion des erreurs sur la qualité des soins, ainsi qu'une étude comparative entre différentes cliniques vétérinaires, pourraient apporter des éclairages supplémentaires sur l'efficacité des dispositifs proposés.

En conclusion, ce travail a permis de poser les bases d'une démarche structurée pour la gestion des erreurs médicales en établissement vétérinaire. Il appelle à une prise de conscience collective de l'importance de ces enjeux, et à une mobilisation de l'ensemble des acteurs du secteur pour inscrire la sécurité des soins et l'amélioration continue au cœur des pratiques vétérinaires. Seule une approche globale, intégrant des outils adaptés, une culture de sécurité forte, et un engagement durable, permettra de garantir des soins de qualité optimale, en réponse aux attentes croissantes des propriétaires d'animaux et aux exigences éthiques de la profession.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABDESSATER, M., MICHEL, P., AVRILLON, V., VAVDIN, F., POGU, B., BART, S. (2022). Les évènements indésirables dus à la chirurgie ambulatoire en urologie : retour d'expérience des évènements indésirables associés aux soins (EIAS). *Progrès en Urologie - FMC*, 32, S36.
2. 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. *Veterinary Record*.;191(3):e1735. doi: 10.1002/vetr.1735.
3. AMALBERTI, R., MOSNERON-DUPIN, F. (1997). Chapitre 1 : Concepts de Base. In : *Facteurs humains et fiabilité : Quelles démarches pratiques ?* Paris : Éd. Octarès. p. 7-38.
4. AMALBERTI, R., GREMION, C., AUROY, Y., MICHEL, P., SALMI, R., PARNEIX, P., POUCHADON, M. L., HOARAU, H., OCCELLI, P., QUENON, J.-L., HUBERT, B. (2007). Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine. *Études et Résultats*, N°584.
5. AMALBERTI, R., VINCENT, C., AUROY, Y., DE SAINT MAURICE, G. (2005). Violations and migrations in health care: A framework for understanding and management. *Quality and Safety in Health Care*, 15(Suppl 1), i66–i71.
6. ANICURA GROUP, Rapport qualité et développement durable 2021 [en ligne]. Disponible sur : https://www.anicura.fr/globalassets/fr/sustainability/quality_report_2021.pdf [consulté le 12 juillet 2024].
7. ARGYRIS, C., SCHÖN, D. A. (2002). *Apprentissage organisationnel. Théorie, méthode, pratique*. Éditions Paris : DeBoeck Université, doi : 10.4000/pistes.3758
8. ASSAGHIR, L. (2023) *Les erreurs médicales en pratique vétérinaire Animaux de compagnie*. Thèse de doctorat vétérinaire. Sciences du vivant. Nantes : école nationale vétérinaire, agroalimentaire et de l'alimentation Nantes-Atlantique.
9. AUGER, C., FANELLI, G., MAY-MICHELANGELI, L., MORGAND, C. (2022). Analyse des déclarations de tentatives de suicide dans la base de retour d'expérience des évènements indésirables graves associés aux soins de la Haute Autorité de santé - Etude quantitative et qualitative des évènements de 2017 à 2021. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 70(Supplement 1), S6.
10. BAILE, W. F., BUCKMAN, R., LENZI, R., GLOBER, G., BEALE, E. A., KUDELKA, A. P. (2000). SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302-311. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302.
11. BAILE, W. F., LENZI, R., PARKER, P. A., BUCKMAN, R., COHEN, L. (2006). Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: An exploratory study. *Journal of Clinical Oncology*, 24(3), 461-467. doi: 10.1200/JCO.2002.08.004.
12. BAL, G., DAVID, S., SELLIER, E., FRANÇOIS, P. (2010). Intérêt des revues de mortalité et de morbidité pour la formation des médecins et l'amélioration de la qualité et la sécurité

- des soins : revue de la littérature. *La Presse Médicale*, 39(2), 161–168. doi : 10.1016/j.lpm.2009.11.005
13. BALDWIN, D. C., DAUGHERTY, S. R., ROWLEY, B. D., SCHWARZ, M. R. (1998). Cheating in medical school: A survey of second-year students at 31 schools. *Academic Medicine*, 73(2), 129-131. doi: 10.1097/00001888-199603000-00020.
 14. BARBUT, F. (2010). Épidémiologie des événements indésirables graves liés aux soins. *latrogénie*, 426, 41–49.
 15. BENET, T., GAGNAIRE, J., JEAN-DENIS, M., GERBIER-COLOMBAN, S., HAESEBAERT, J., KHANAFER, N., LUTRINGER, D., VOIRIN, N., VANHEMS, P. (2013). Les freins à la déclaration des événements indésirables liés aux soins : une étude transversale au groupement hospitalier Édouard Herriot, CHU de Lyon. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 24-25, 275-278.
 16. BIRD, F. (1969). *Damage control*. New York : Ed. American Management Association. 176p.
 17. BLOKLAND, K., COE, J. B., SPITZNAGEL, M. B. (2024). Veterinary team members experiencing high levels of burden transfer are more likely to report burnout and a less optimal psychosocial work environment. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 262(3), 343-351. doi: 10.2460/javma.23.06.0354.
 18. BOISSIERES, I. (2017). L'essentiel de la culture de sécurité : Partager une vision des risques les plus importants, *Cahiers de la sécurité industrielle*, N°2017-01.
 19. BOUGMIZA, I., ZEDINI, C., SKHIRI, A., EL GHARDALLOU, M., MELLOULI, M., AJMI, T. (2013). Perception de la culture de sécurité des patients chez les étudiants finissant leurs études en médecine à Sousse. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61(Supplement 1), S265–S344.
 20. RYAN BRAGG, EILEEN S HACKETT, ROBERT J CALLAN, TIMOTHY N HOLT, TIMOTHY B HACKETT (2010) Inadvertent trans-vaginal administration of sodium phosphate enemas in 2 alpaca crias. *Journal of Veterinary Emergency and Critical Care*, 20, 623e627.
 21. BRINGAUD, V., STOESEL, C. (2020). Des dispositifs de REX apprenants pour se préparer à la crise. In Congrès Lambda Mu 22 “ Les risques au cœur des transitions ” (e-congrès) - 22e Congrès de Maîtrise des Risques et de Sûreté de Fonctionnement, Le Havre (e-congrès, France.)
 22. BRINGAUD, V., JOURNE, B., MBAYE, S., SALIOU, G., TILLEMENT, S. (2016). Le retour d'expérience dans les organisations à risques : Entre action managériale et dynamique de métier. *Presses des Mines*. Paris : Ed. Vademecum.
 23. BURLISON, J. D., SCOTT, S. D., BROWNE, E. K., THOMPSON, S. G., HOFFMAN, J. M. (2017). The second victim experience and support tool: Validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *Journal of Patient Safety*, 13(2), 93–102. doi: 10.1097/PTS.000000000000129.
 24. CABILAN, C. J., KYNOCH, K. (2017). Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: A qualitative systematic review. *JBI Database of*

- Systematic Reviews and Implementation Reports, 15(9), 2333–2364. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003254.
25. CARAYON, P., SCHOOF HUNDT, A., KARSH, B.T., GURSES, A.P., ALVARADO, C.J., SMITH, M., FLATLEY BRENNAN, P. (2006) Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Quality & Safety in Health Care*. 15 Suppl 1(Suppl 1):i50-8.
 26. CARNE, B., KENNEDY, M., GRAY, T. (2012) Review article: Crisis resource management in emergency medicine. *Emergency Medicine Australasia* ;24(1):7-13.
 27. CHATHAMPALLY, Y., COOPER, B., WOOD, D. B., TUDOR, G., GOTTLIEB, M. (2020). Evolving from morbidity and mortality to a case-based error reduction conference: Evidence-based best practices from the Council of Emergency Medicine Residency Directors. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(6), 231-241.
 28. CHEVALANNONCE, Novembre 2014, *Erreur vétérinaire, cheval guérit !* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.chevalannonce.com/forums-8976637-erreur-veterinaire-quels-recours?p=7> [consulté le 10 septembre 2024].
 29. COE, J. B., ADAMS, C. L., BONNETT, B. N. (2008). A focus group study of veterinarians' and pet owners' perceptions of veterinarian-client communication in companion animal practice. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 233(7), 1072-1080. doi: 10.2460/javma.233.7.1072.
 30. DALY ML. (2023) The case for quality improvement in veterinary medicine. *Journal of Veterinary Emergency and Critical Care*. 33(1):11-15. doi: 10.1111/vec.13264
 31. DAVIDOW, B. (2021). Communicating patient quality and safety in your hospital. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, 51(6), 1111–1123.
 32. DE DIANOUS, V., VALLEE, A., PRATS, F., RODRIGUES, N., HOURTOLOU, D. (2004). ARAMIS Développement d'une méthode intégrée d'analyse des risques pour la prévention des accidents majeurs. Ministère de l'Écologie et du Développement Durable. DRA-04-35132. 161p.
 33. DE KETELE, J.-M., ROEGIERS, X. (1996). Chapitre 1, Approche générale du recueil d'informations. In : *Méthodologie du recueil d'informations: Fondements des méthodes d'observation, de questionnaires, d'entretiens et d'étude de documents*. Paris : Ed . DeBoeck Université. p. 7-30.
 34. DE SAINT MAURICE, G., PERALDI, C. (2012). Prise en charge psychologique d'un accident grave ou d'un décès au bloc opératoire. SFAR Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.
 35. DECHY, N., & DIEN, Y. (2009). Les échecs organisationnels du retour d'expérience. Ministère de l'Écologie et du Développement Durable. INERIS. DRA-08-95321-15660A
 36. DEKKER, S. (2014). *The Field Guide to Understanding 'Human Error'*. CRC Press.
 37. DIONNE, G. (2013). *Risk Management: History, Definition, and Critique*. CIRRELT.
 38. EDMONDSON, A. C. (2018). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. Wiley.

39. EDWARDS, N., WILKINS, R. (2015). Implementing patient safety initiatives in a rural community hospital: A qualitative study. *Healthcare Quarterly*, 18(4), 49–57. doi: 10.1111/j.1748-0361.2009.00243.x.
40. ERICSSON, K. A. (2006). The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 38, 685-706.
41. GAGLIARDI, A. R., ALHABIB, S. (2015). Trends in guideline implementation: A scoping systematic review. *Implementation Science*, 10(1), 54.
42. GAILLARD, I. (2008). Le retour d'expérience : Analyse bibliographique des facteurs socio-culturels de réussite. *Les Cahiers de la Sécurité Industrielle*. Institut pour une Culture de Sécurité Industrielle (ICSI) N° 2008-01
43. GALLAGHER, T. H., WATERMAN, A. D., EBERS, A. G., FRASER, V. J., LEVINSON, W. (2003). Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA*, 289(8), 1001-1007. doi: 10.1001/jama.289.8.1001.
44. GALLAGHER, T. H., WATERMAN, A. D., GARBUTT, J. M., KAPP, J. M., CHAN, D. K., DUNAGAN, W. C., FRASER, V. J., LEVINSON, W. (2006). US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. *Archives of Internal Medicine*, 166(15), 1605-1611. doi: 10.1001/archinte.166.15.1605.
45. GAWANDE, A. (2007). *Better: A surgeon's notes on performance*. Metropolitan Books.
46. GAWANDE, A. A., ZINNER, M. J., STUDDERT, D. M., BRENNAN, T. A. (2003). Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*, 133(6), 614-621.
47. GENEVIEVE, I. (2010). L'analyse des événements indésirables graves : une méthode de prévention. *Management et Avenir Santé*, 8(1), 20-29.
48. GILBERT, C. (2001). Retours d'expérience : le poids des contraintes. *Annales des Mines*, 22.
49. GROBER, E. D., BOHNEN, J. M. (2005). Defining medical error. *Canadian Journal of Surgery*, 48(1), 39-44. PMID: 15757035
50. GUITTET, A. (2013). *L'entretien : Techniques et pratiques*. Collection U. Armand Colin.
51. GUYARD-BOILEAU B. (2017) Débriefing suite à un événement grave : quelles méthodes ? Mémoire. DIU "Soigner les soignants". Université Toulouse III, Paul Sabatier.
52. HADJ-MABROUK, H. (2008). Intégration des facteurs humains dans le retour d'expérience. In 16ème Congrès "Lambda Mu", Maîtrise des risques et sûreté de fonctionnement_LM16 (pp. 1-6). Institut pour la Maîtrise des Risques. Avignon, France
53. HALE, A. R., WILPERT, B., FREITAG, M. (1998). *After the event: From accident to organizational learning*. Oxford ; New York : Ed. Pergamon Press.
54. HALL, M.A., DUGAN, E., ZHENG, B., MISHRA, A. K. (2001) Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Q.* 2001;79(4):613-39, v. doi: 10.1111/1468-0009.00223.
55. HARRISON, R., WU, A., NASH, D. B. (2015). Implementing the WHO surgical safety checklist: The Canadian experience. *British Medical Journal Quality & Safety*, 24(2), 135-140.

56. HAS (2010). Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Haute Autorité de Santé. [en ligne] accessible via : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1239410/fr/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante [consulté le 15 juillet 2024]
57. HAS (2021). L'analyse des événements indésirables liés aux soins. Mode l'emploi. (EIAS) Haute Autorité de Santé. FORAP. [en ligne] accessible via : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide_lanalyse_des_evenements_indesirables_associes_aux_soins_eias.pdf [consulté le 15 juillet 2024]
58. HAS (2023) Guide méthodologique : simulation en santé et gestion des risques. Outils et guide méthodologique. Sécurité du patient. Haute Autorité de Santé. [en ligne] accessible via : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outils_du_guide_methodo_simulation_en_sante_et_gestion_des_risques.pdf [consulté le 12 août 2024]
59. HFACS, version 8.0 (2022). Human Factors Analysis and Classification System. Human Factors and Ergonomics Society. [en ligne] accessible via : <https://skybrary.aero/sites/default/files/bookshelf/34475.pdf>. [Consulté le 10 septembre 2024]
60. HOMSMMA, G. J., DE SMIDT, N. S., ELFRING, C. T., VAN DER SCHAAF, T. W., & VAN DYCK, C. (2009). Learning from error: The influence of error incident characteristics. *Journal of Business Research*, 62(1), 115-122. doi : 10.1016/j.jbusres.2007.12.003
61. IRSN (2011). Rapport sur la sûreté nucléaire et la radioprotection. Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire. [en ligne] accessible via : https://www.irsn.fr/sites/default/files/documents/expertise/rapports_expertise/IRSN_rapport_surete_du_parc_2011.pdf [Consulté le 10 septembre 2024]
62. IRSN (2011). Les facteurs organisationnels et humains de la gestion des risques : idées reçues, idées déçues, rapport DSR n°438
63. IRSN (2014) Retour d'expérience des événements passés. Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire. [en ligne] accessible via : <https://www.irsn.fr/savoir-comprendre/crise/retour-dexperience-evenements-passes> [Consulté le 10 septembre 2024]
64. Ishikawa, K. (1985). *What is Total Quality Control? The Japanese Way*. Éditions Prentice Hall. Translated by Lu, D.J., Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
65. JACOBSSON, A., SALES, J. G., MUSHTAQ, F. (2009). A sequential method to identify underlying causes from industrial accidents reported to the MARS database, *Journal of Loss Prevention in the Process Industries*, Volume 22, Issue, Pages 197-203, ISSN 0950-4230,
66. JOYCE, J. (1948) Chapitre 1, *La Télémachie ou l'Aurore*. In : *Ulysse*. Paris : Traduction de Auguste Morel, éditions Gallimard. p. 18-104.
67. KALRA, J. (2004). Medical errors: Impact on clinical laboratories and other critical areas. *Clinical Biochemistry*, 37(12), 1052-1061.

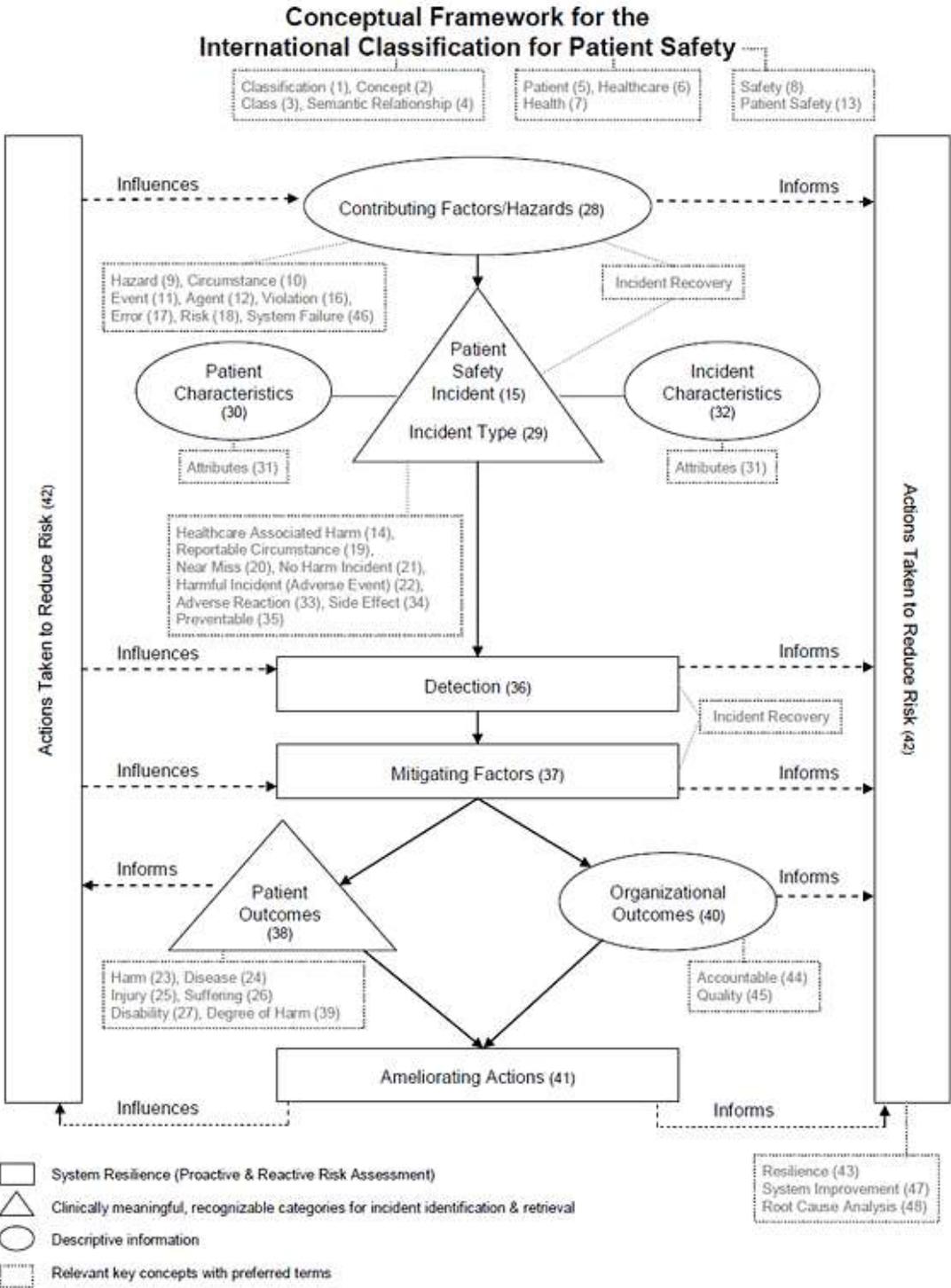
68. KAPLAN, M., LEE, J., HOVDA, L., BRUTLAG, A., (2011) Adverse effects associated with inadvertent intravenous penicillin G procaine-penicillin G benzathine administration in two dogs and a cat, *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 238, 507e510.
69. KINNISON, T., MAY SA, GUILLE D. (2014) Inter-professional practice: from veterinarian to the veterinary team. *Journal of Veterinary Medical Education*;41(2):172-8.
70. KINNISON, T., GUILLE, D., MAY, S. (2015). Errors in veterinary practice: preliminary lessons for building better veterinary teams. *The Veterinary Record*. 177. 10.1136/vr.103327. doi: 10.1136/vr.103327.
71. KOGAN, L. R., COONEY, K. A. (2023) Defining a "Good Death": Exploring Veterinarians' Perceptions of Companion Animal Euthanasia. *Animals (Basel)*. 26;13(13):2117.
72. 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*. 1;252(5):586-595. doi: 10.2460/javma.252.5.586. PMID: 29461160.
73. LA RUSSA, R., FERRACUTI, S. (2022) Clinical Risk Management: As Modern Tool for Prevention and Management of Care and Prevention Occupational Risk. *International Journal of Environmental Research and Public Health* ; 19(2):831. doi: 10.3390/ijerph19020831.
74. LAROUZEE, J., GUARNIERI, F., BESNARD, D. (2014). Le modèle de l'erreur humaine de James Reason . Thèse. Centre de recherche sur les risques et les crises. MINES ParisTech, PSL - Research University.
75. LAUGINIE, O. (2022). La communication interne en établissements de soins vétérinaires : enjeux, outils et opportunités. Thèse de doctorat vétérinaire. Sciences du Vivant. Université Claude Bernard, Lyon.
76. LE COZE, J.-C., LIM, S. (2004). Presque accidents et risque d'accident majeur : état de l'art. Rapport Technique numéro DRA-36, INERIS.
77. LEAPE, L. L. (1997). A systems analysis approach to medical error. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3(3), 213–222. doi: 10.1046/j.1365-2753.1997.00006.x.
78. LEAPE, L. L. (1999). Error in medicine. *Journal of the American Medical Association*, 272(23), 1851-1857.
79. LLEWELLYN, R.L., GORDON, P.C., WHEATCROFT, D., LINES, D., REED, A., BUTT, A.D., LUNDGREN, A.C., JAMES, M.F. (2009) Drug administration errors: a prospective survey from three South African teaching hospitals. *Anaesthesia and Intensive Care*;37(1):93-8.
80. LOW, R., WU, A. W. (2022) Veterinary healthcare needs to talk more about error: For the wellbeing of our patients and medical teams. *Journal of Veterinary Internal Medicine* ;36(6):2199-2202. doi: 10.1111/jvim.16554.
81. MAKARY, M. A., DANIEL, M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *British Medical Journal*, 353, i2139. doi: 10.1136/bmj.i2139.

82. MAZOR, K.M., SIMON, S.R., GURWITZ, J.H. (2004) Communicating with patients about medical errors: a review of the literature. *Archives of Internal Medicine*. 9-23;164(15):1690-7.
83. MBAYE, S., TILLEMENT, S., SALIOU, G., BRINGAUD, V., JOURNE, B. (2014). Pratiques de retour d'expérience (REX) pour un apprentissage organisationnel. *Techniques de l'ingénieur*. Référence RE179. 10.51257/a-v1-re179.
84. MCCREARY, J., POLLARD, M., STEVENSON, K., WILSON, M.B. (1998) *Human Factors: Tenerife Revisited*,
85. MCMILLAN, M. (2014). New frontiers for veterinary anaesthesia: The development of veterinary patient safety culture. *Veterinary Anaesthesia and Analgesia*. 41. Doi : 10.1111/vaa.12123.
86. MCMILLAN, M.W., LEHNUS, K.S. (2018) Systems analysis of voluntary reported anaesthetic safety incidents occurring in a university teaching hospital. *Veterinary Anaesthesia and Analgesia* ; 45(1):3-12. doi : 10.1016/j.vaa.2017.06.007.
87. MELLANBY, R.J., HERRTAGE, M.E. (2004) Survey of mistakes made by recent veterinary graduates. *Veterinary Record* ;155(24):761-5.
88. MEUNIER, E., MONFARDINI, (2017) Comment apprendre des erreurs des autres ? INSERM à Lyon, Dossier "L'erreur forge le cerveau"
89. MURFF, H. J., PATEL, V. L., HRIPCSAK, G., BATES, D. W. (2003). Detecting adverse events for patient safety research: A review of current methodologies. *Journal of Biomedical Informatics*, 36(1-2), 131-143. doi : 10.1016/j.jbi.2003.08.003.
90. MORGAN, N., (2021) What's Happened to Our Attention Spans During the Pandemic? [en ligne] accessible via : <https://www.psychologytoday.com/us/blog/communications-matter/202103/whats-happened-our-attention-spans-during-the-pandemic> [Consulté le 10 septembre 2024]
91. OMS (2015). *Guide pédagogique pour la sécurité des patients : édition multi professionnelle*. Organisation Mondiale de la Santé.
92. OMS (2023) *Sécurité des patients*. [en ligne] accessible via : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> [Consulté le 10 septembre 2024]
93. OXTOBY, C., FERGUSON, E., WHITE, K., MOSSOP, L. (2015) We need to talk about error: causes and types of error in veterinary practice. *Veterinary Record* ;177(17):438. doi: 10.1136/vr.103331.
94. PESQUEUX, Y. (2020). *Les modèles de l'apprentissage organisationnel*. Mémoire. Sciences de gestion. Université Toulouse Paul Sabatier
95. PHIMISTER, J.R., OKTEM, U., KLEINDORFER, P.R., KUNREUTHER, H. (2003) Near-miss incident management in the chemical process industry. *Risk Anal*. Jun;23(3):445-59. doi: 10.1111/1539-6924.00326.
96. PINHO, R.H., NASR-ESFAHANI, M., PANG, D.S.J. (2024) Medication errors in veterinary anesthesia: a literature review. *Veterinary Anaesthesia and Analgesia*. 51(3):203-226. doi : 10.1016/j.vaa.2024.01.003

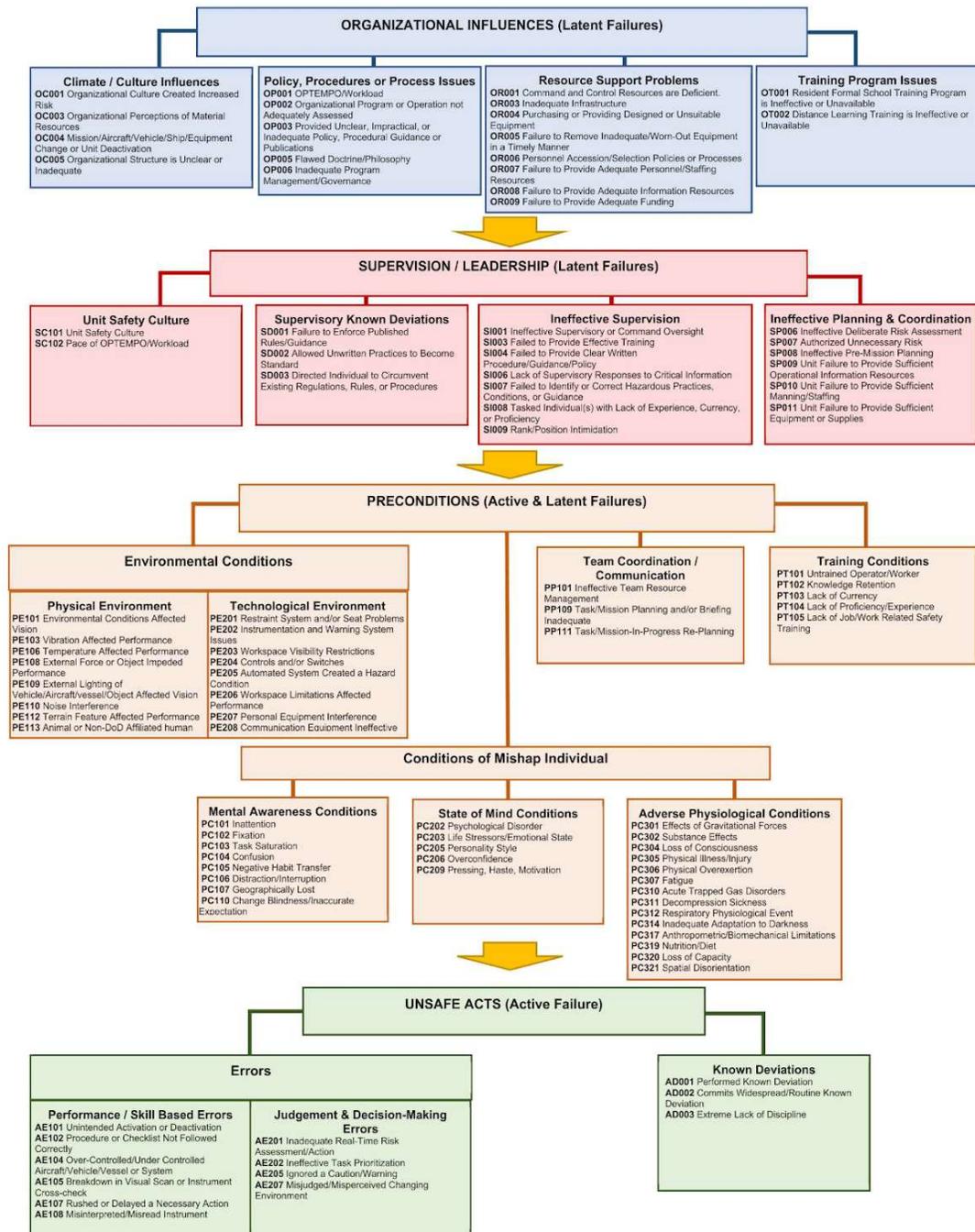
97. POHL, R., BOTSCHAROW, J., BÖCKELMANN, I., THIELMANN, B. (2022) Stress and strain among veterinarians: a scoping review. *Irish Veterinary Journal*. 75(1):15. Doi : 10.1186/s13620-022-00220-x
98. PRUD'HOMME, S., DUFRESNE, M., ABBEY, H., PAILLE, C., LECLERE, B., MORET, L. (2016). Annonce d'un événement indésirable grave associé aux soins au patient : évaluation des pratiques médicales à partir de vignettes cliniques. *La Presse Médicale*. doi : 45. 10.1016/j.lpm.2015.08.010.
99. REASON, J. (1988). Resident pathogens and risk management. W.B. Workshop Safety Control and Risk Management.
100. REASON, J. (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 320(7237), 768–770. doi : 10.1136/bmj.320.7237.768
101. REASON, J. (2013). *L'erreur humaine*. Paris : Ed. Ecole des Mines, 404 p. ISBN-10 : 2356710302.
102. ROCHA, R. (2014). Du silence organisationnel au développement du débat structuré sur le travail : les effets sur la sécurité et sur l'organisation. Thèse de doctorat. Sciences de gestion. Université de Bordeaux.
103. ROUGHTON, J. E., MERCURIO, J. J. (2002). *Developing an effective safety culture: A leadership approach*. Éditions Butterworth-Heinemann.
104. RUSSELL, E., MOSSOP, L., FORBES, E., OXTOBY, C. (2021). Uncovering the 'messy details' of veterinary communication: An analysis of communication problems in cases of alleged professional negligence. *Veterinary Record*. 190(3):e1068. doi: 10.1002/vetr.1068
105. SANDERS, E., STAPPERS, P. J. (2008). Co-creation and the New Landscapes of Design. *CoDesign*. 4. 5-18. doi : 10.1080/15710880701875068.
106. SANNE, J. M. (2008). Incident reporting or storytelling? Competing schemes in a safety-critical and hazardous work setting. *Safety Science*, 46(8), 1205-1222. doi : 10.1016/j.ssci.2007.06.024
107. SCHAAF, VAN DER, T. W. (1992). Near miss reporting in the chemical process industry. [Phd Thesis 1 (Research TU/e / Graduation TU/e), Industrial Engineering and Innovation Sciences]. Technische Universiteit Eindhoven.
108. 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. doi : 10.1002/vetr.1629.
109. SEROU, N., SAHOTA, L.M., HUSBAND, A.K., FORREST, S.P., SLIGHT, R.D., SLIGHT, S.P.(2021). Learning from safety incidents in high-reliability organizations: a systematic review of learning tools that could be adapted and used in healthcare. *International Journal for Quality in Health Care*. 17;33(1):mzab046. doi: 10.1093/intqhc/mzab046.
110. SEXTON, J.B., THOMAS, E.J., HELMREICH, R.L. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *British Medical Journal* ;320(7237):745-9. doi: 10.1136/bmj.320.7237.745.

111. TOMLIN, J. L., BRODBELT, D. C., MAY, S. A. (2010) Veterinary students' understanding of a career in practice. *The Veterinary Record* 166, 781–786. doi: 10.1136/vr.b4842.
112. TRUCHOT, D. (2021). Santé mentale des vétérinaires : Prévalence du burn-out, de la dépression et des idées suicidaires. *Journal de Médecine Vétérinaire*, 2021(2), 45-56.
113. TUCKER, A.L., EDMONDSON, A.C. (2003). Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *California Management Review*, 45(2), 55-72. doi :10.2307/41166165
114. VON HIPPEL, E. (2005) Democratizing innovation: The evolving phenomenon of user innovation. *JfB* 55, 63–78.
115. WALLIS, J., FLETCHER, D., BENTLEY, A., LUDDERS, J. (2019) Medical Errors Cause Harm in Veterinary Hospitals. *Frontiers in Veterinary Science*. 5;6:12. doi: 10.3389/fvets.2019.00012
116. WAYNER, C.J., HEINKE, M.L. (2006). Compliance: crafting quality care. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice* ;36(2):419-36, vii-viii. doi: 10.1016/j.cvsm.2005.10.004.
117. WU, A. W. (2000) Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *British Medical Journal* ; 320 :726
118. WYBO, J. (2004). Le rôle du retour d'expérience dans la maîtrise des risques et des crises.
119. YULE, S., FLIN, R., PATERSON-BROWN, S., MARAN, N. (2006). Non-technical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature. *Surgery* ;139(2):140-9. doi: 10.1016/j.surg.2005.06.017.

ANNEXE 1 : Modèle de classification internationale pour la sécurité des patients de l'OMS (OMS, 2009)



ANNEXE 2 : Modèle de l'HFACS (HFACS, 2022)



ANNEXE 3 : Extraits d'un forum démontrant l'insatisfaction client à l'égard des erreurs médicales (ChevalAnnonce, 2014)

Elođu25
Membre ELITE Or
Trust : 647 (?)



M'écrire un MP

Genre : ♀
Messages : 11945

Erreur vétérinaire, cheval guérit !
Posté le 20/12/2014 à 09h46

0 j'aime

COucou @sheylison j'ai suivi le post en sous marin et c'est quand même quelque chose cette histoire ! Mais faut pas croire, sa arrive souvent ... l'année dernière le véto m'a fait croire pendant 1 mois, que mon

poulain d'un an avait un cancer de la moelle épinière 🙄🙄 heureusement je lui ai demandé de faire les test pour la piro et il s'avérait que j'avais raison (paye ton veto quand même) bref je veux bien les photos de l'abcès par MP, et j'espère que sa va s'arranger mais ca me dérange un peu que l'abcès soit toujours "coulant" ... 🙄

une perf ou une IV est un acte SIMPLE et courant pour un veto, il est donc impardonnable de la foiré ! même nous pro du cheval savons posé une perf et faire une IV donc bon, pour un veto on est dans la faute grave !



M'écrire un MP

Genre : ♀
Messages : 14864

la remplaçante de mon véto m'en a fait une belle aussi sur ma pouliche, ben pareil c'est mon véto qui a pris le relai à venir 2a3 fois par jour voir si ça aller s'excuser et m'effacer la facture ben oui grosse piro elle s'y est repris à 5 ou 6 fois fois pour faire la prise de sang (alors que la petite ne bouger pas) ça pisser partout elle vociférerla pouliche inapprochable ensuite alors pour donner le traitement bonjourelle m'a fait une colique suite au carbésia j'ai appeler sa réponse "oui attendait un peux ça va surement passer rappeler moi ce soir ou demain si ça va pas mieux hum il devait être je crois 10h du matin 🙄 alors autans te dire que celle là elle rapprochera pas mes chevauxet que je lui aurai bien tarter la tronche mais bon j'avais une autre préoccupation

Laetitiad1991
Initié
Trust : 10 (?)



M'écrire un MP

Genre : ♀
Messages : 194

Erreur vétérinaire, cheval guérit !
Posté le 16/11/2014 à 19h00

0 j'aime

Il y a certains vétérinaires qui sont graves en effet dans les équins... j'ai eu le cas avec mon premier vété, que j'avais pris sans connaitre pour ma visite d'achat. Le gars me dit que tout va bien, je lui demande quand même s'il ne trouve pas la crinière de ma jument bizarre, il me répond que non. Ma prof de l'époque me dit quand même qu'elle est anormale et que c'est surement de la gale d'été, du coup j'insiste auprès du véto pour qu'il fasse une prise de sang. J'ai du insister bien 10 min, ou il me disait "mais non ca ne sert a rien, c'est normal pour un jeune"... finalement il la fait, résultat jument allergique aux cullicoides et taons donc bien gale d'été... déjà comme visite d'achat pas génial, mais bon, pas trop grave.

Un mois après il castre le frère de ma jument, je suis sur place et je regarde l'opération. Je le vois laisser tomber une pince par terre et la remettre l'air de rien au niveau de la plaie sans désinfecter ni rien... je le signale a la proprio du poulain qui n'a pas vu et le véto dit pareil "oh c'est rien, ne vous inquiétez pas" ... résultat plus d'un

mois de soin parce que le poulain avait fait un abcès et que tout était complètement infecté 🙄🙄

Je n'ai plus jamais rappelé ce vété mais vu que la faute a été commise sur un cheval qui ne m'appartenait pas je n'ai pas fais de démarches

ANNEXE 4 : Guide pour les entretiens individuels du personnel de la clinique SeineVet

Présentation de l'entretien :

Je réalise un audit pour mettre en place un système de remontée d'informations des dysfonctionnements et des erreurs au sein de la clinique. L'objectif c'est qu'il soit le plus adapté possible aux pratiques et donc de le construire ensemble. Ça a aussi une fonction de sensibilisation à la thématique de l'erreur médicale pour que tu puisses comprendre d'où viennent ces outils quand on les mettra en place. On essaie de trouver des axes d'amélioration et de collecter votre ressenti là-dessus pour que ça fonctionne. Toutes les informations divulguées lors de cet entretien seront traitées de façon anonyme.

Il y en a pour environ une demie-heure au total, je vais d'abord exposer le projet de mon stage, donner quelques grandes lignes sur les modes de gestion de l'erreur médicale puis je vais te poser les questions. N'hésite pas à m'interrompre si je ne suis pas claire où si tu as des questions.

Date de l'entretien :

Informations concernant l'enquête :

Sexe : Femme Homme

Poste : ASV Vétérinaire

Tranche d'âge : < 25 ans 25 à 34 ans 35 à 44 ans

45 à 54 ans > 55 ans

Années d'ancienneté au sein de la clinique :

- Est-ce que jusqu'à présent j'ai été claire ?

Thématiques à aborder avec chaque participant :

Erreur dans leur pratique et questionnaire

- Qu'est ce que le thème de l'erreur médicale évoque pour toi ?
- Quel est le domaine pour toi dans lequel on fait le plus d'erreurs à SeineVet ?
- Est-ce que tu as des exemples et est-ce que tu penses qu'il serait facile de les consigner dans le formulaire ?

Freins à la remontée d'informations

- Quels sont, selon vous, les principaux obstacles qui vous empêchent de remplir régulièrement le formulaire de retour d'expérience ?
- S'il y avait des points à améliorer, lesquels seraient-ils ?
- Pouvez-vous me décrire comment vous percevez l'importance de partager vos retours d'expérience au sein de la clinique ?

Perception et motivation

- Quels sont les aspects du processus actuel de remontée d'expérience que vous trouvez particulièrement difficiles ou frustrants ?
- Y a-t-il des moments ou des situations spécifiques où il est plus difficile pour vous de fournir des retours d'expérience ?

Co-création et modalités plus spécifiques :

Contenu et format du formulaire

Quels types de questions ou de rubriques aimeriez-vous voir dans le formulaire de retour d'expérience ?

Y a-t-il des informations spécifiques que vous pensez importantes à inclure dans le formulaire pour le rendre plus pertinent et utile ? Manque-t-il des rubriques ?

Comment préférez-vous que les questions du formulaire soient formulées (par exemple, questions à choix multiple, questions ouvertes, échelles de notation) ?

Fréquence et timing

Quelle serait, selon vous, la fréquence idéale pour remplir le formulaire de retour d'expérience sans que cela ne devienne trop contraignant ?

Y a-t-il des moments spécifiques de la journée ou de la semaine où il serait plus pratique pour vous de remplir ce formulaire ?

Retour et suivi

Comment aimeriez-vous être informé des changements ou des actions mises en place à partir des retours d'expérience que vous fournissez ?

Quelle forme de retour ou de reconnaissance aimeriez-vous recevoir après avoir partagé vos expériences via le formulaire ?

ANNEXE 5 : Première version du formulaire présenté aux participants des entretiens

1. Quoi ? Décris rapidement ce qui s'est passé :

2. Actions : quelle est la suite d'actions ayant mené à cette situation ?

3. Est-ce un incident qui arrive souvent ?

- C'est la première fois
- Rarement (moins d'une fois par an)
- Quelques fois (1 fois par an à 1 fois par mois)
- Au moins une fois par semaine
- Quotidiennement

4. Peux-tu me donner le contexte ?

- En hospitalisation (chenils et chatterie)
- En salle de préparation
- Au bloc opératoire
- En salle de consultation
- A l'accueil
- Dehors, sur le parking

5. A quel moment de la journée ?

- Matin
- Entre midi et deux
- En début d'après-midi
- Milieu et fin d'après-midi
- En soirée, pendant ou après la fermeture
- De nuit, en garde

6. L'environnement était-il bruyant ?

- Brouhaha
- Animé
- Légèrement
- Tranquille, silencieux
- Bruits animaux forts (cris, aboiements répétés)
- Bruits animaux modérés

7. Quel était le niveau d'urgence de la situation ?

- Critique
- Urgente
- Pressante
- Préoccupant
- Non urgent
- Tranquille

8. L'incident a eu un impact ou aurait eu un impact potentiel sur :

- Le patient (animal)
- Blessure sur le propriétaire
- Blessure sur l'équipe
- Dégât matériel
- Perte financière pour l'entreprise
- Autre

9. Peux-tu classer l'incident dans une des catégories ci-dessous :

- Médicamenteuse - problème avec l'administration de médicaments, la dose, ou la molécule.
- Iatrogénique - Complication avec une procédure ou le traitement autre que médicamenteuse
- Organisation - Délais, traitements oubliés, problèmes de protocoles
- Communication - Patient mal identifié, confusion autour des directives, difficulté à transmettre l'information
- Laboratoire - perte d'échantillon, mal étiquetés, résultats non reportés, retards, mauvaise analyse
- Omission - Problème de jugement, mauvais diagnostic, mauvaise interprétation des données, déviation de la prise en charge normale
- Équipe - manque de personnel, manque de formation, incident pendant la formation du personnel
- Equipement - Inaccessible, mauvais équipement, en panne, manque d'approvisionnement

10. Évaluez la qualité de la communication entre les membres de l'équipe au moment de l'incident :

Médiocre ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ Impeccable

11. Dans quelle mesure la collaboration entre différentes disciplines (vétérinaires, ASV, services, etc.) a-t-elle été efficace ou inefficace pendant l'incident ?

Communication inefficace ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ Communication efficace

12. Y a-t-il des domaines de formation ou de développement des compétences qui pourraient réduire les risques d'erreurs similaires à l'avenir ?

13. Quel(s) étaient ton état de fatigue au moment de l'incident ?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Pas fatigué

Très fatigué

14. Quel était ton niveau de stress au niveau de l'incident ?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Pas stressé

Très stressé

15. Dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise pour signaler les erreurs ou les incidents dans votre environnement de travail ?

Pas à l'aise ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ Très à l'aise

16. Y avait-il suffisamment de ressources disponibles (humaines, matérielles, médicamenteuses) pour gérer la situation de manière optimale ?

Pas des ressources ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ Ressources suffisantes

17. Si une ressource a été insuffisante, voulez-vous préciser dans quel domaine ?

18. Peux-tu suggérer si une démarche a été entreprise pour corriger cette erreur ? A-t-elle été efficace ?

19. Sur le plus long terme, peux-tu suggérer une solution pour éviter une répétition de cette erreur ?

20. Quel accompagnement souhaiterais-tu qu'on te propose à la suite de cet incident ?

- Soutien psychologique (possibilité de discuter avec un référent de manière confidentielle)
- Débriefing (discuter ouvertement de l'erreur avec l'équipe pour comprendre ses causes et ses conséquences)
- Révision des procédures et des protocoles en place
- Suivi renforcé des patients concernés par l'erreur par un confrère
- Autre

ANNEXE 6 : Formulaire final de retour d'expérience

Nom, Prénom

Le questionnaire est confidentiel et il n'y a que moi (Léa P.) qui puisse consulter les réponses. Il n'est pas anonyme pour permettre des analyses plus approfondies.

Description des faits : que s'est-il passé? *

Êtes-vous impliqué dans l'évènement indésirable que vous déclarez ? *

Nous encourageons à déclarer uniquement vos événements indésirables : motivez les autres à déclarer leurs propres erreurs !

Oui

Non

Quelle est la suite d'actions qui a conduit à ce qui s'est produit ? Quand, où et comment ?

Y a-t-il des facteurs **environnementaux** qui ont pu conduire à ce dysfonctionnement ? (*bruit, manque de ressources, ergonomie de l'espace de travail...*)

Y a-t-il des facteurs **individuels** qui ont pu conduire à ce dysfonctionnement ? (*stress, fatigue, manque de connaissances, oubli, mauvais jugement..*)

Y a-t-il des facteurs **organisationnels** qui ont pu conduire à ce dysfonctionnement ?
(manque de collaboration ou de communication, surcharge du planning, désorganisation...)

Quelles actions ont été entreprises après l'incident pour le corriger ? Ont-elles été efficaces ?

Voulez-vous suggérer une barrière à mettre en place pour que le problème ne se reproduise pas à l'avenir ?

Avez-vous eu l'occasion de discuter de cet incident avec un coéquipier ?

Oui

Non

Souhaiteriez-vous en parler avec un référent ?

Oui

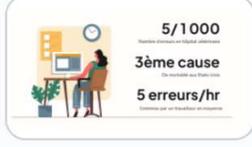
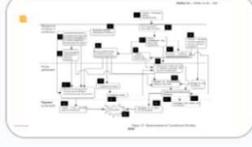
Non

Accepterais-tu que je te recontacte pour discuter de tout cela ?

Oui

Non

ANNEXE 7 : Supports réalisés à but pédagogique pour la formation sécurité

- 1 
- 2 
- 3 
- 4 
- 5 
- 6 

Expérience collective

Croisement des informations



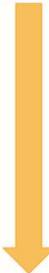
Mise en place de solutions

Expériences individuelles

Plus précisément

-  Demander à chaque personne de votre service à la fin de la semaine comment elle s'est passée
-  Encourager les employé(e)s à remplir le formulaire si c'est pertinent et remplir une petite fiche à l'issue des briefings
-  Organiser le briefing et le mener avec la modèle que je vais fournir pour vous aider

Ordre de difficulté



VERS UNE MEILLEURE SECURITE DES SOINS VETERINAIRES : OPTIMISATION DE LA REMONTEE D'INFORMATIONS EN ETABLISSEMENT DE SOINS VETERINAIRES

Auteur

PARISOT Léa

Résumé

Les erreurs médicales représentent un enjeu majeur dans le domaine de la santé, touchant aussi bien la médecine humaine que vétérinaire. Bien que la sécurité des patients soit un sujet bien établi en médecine humaine, il est encore émergent en médecine vétérinaire. Cette thèse explore l'impact que les erreurs médicales peuvent avoir sur la santé animale, les propriétaires d'animaux ainsi que les praticiens vétérinaires. Les facteurs humains jouent un rôle prépondérant dans la survenue de ces erreurs, notamment les erreurs médicamenteuses ou de communication. Apprendre à gérer nos erreurs pour y faire face et ne pas les reproduire est une des manœuvres essentielles d'une démarche d'amélioration continue. Pour faire face à ce défi, ce travail met l'accent sur les différents outils qui peuvent être mis en place pour structurer et favoriser la remontée d'informations. Le formulaire de retour d'expérience, le débriefing et la vulgarisation via des vidéos Youtube® en sont un exemple.

Mots-clés

Erreur médicale vétérinaire, Sécurité des soins, Qualité des soins, Remontée d'informations, Amélioration continue, Culture de sécurité

Jury

Président du jury : Pr CADORE Jean-Luc

1er assesseur : Pr CHABANNE Luc

2ème assesseur : Pr REMY Denise

Membre invité : Dr ASSAGHIR Leila