

UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

n°

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
PAR

Melle Emily VENUS

Née le 18 janvier 1984 à Melun (77)

Présentée et soutenue publiquement le 24 mai 2011

**L'erreur médicale : impact et gestion par les internes du
département de médecine générale Paris Diderot.**

Analyse de 70 questionnaires et 10 entretiens

Président : Professeur Michel NOUGAIREDE
Directeur : Professeur Eric GALAM

DES de MEDECINE GENERALE

Remerciements

Je tiens à remercier Madame et Messieurs les membres du jury : le Professeur Nougairède, qui a accepté de présider le jury, Mme le Professeur Raynaud-Simon et le Professeur Mercier.

Je remercie tout particulièrement le Professeur Galam, mon directeur de thèse, avec qui j'ai été heureuse de travailler sur ce sujet passionnant, pour ses enseignements, sa disponibilité et sa gentillesse.

Je souhaite également remercier le Dr Aubert, médecin généraliste enseignant, pour la réalisation de mon questionnaire électronique sur le site du Département de Médecine générale Paris Diderot.

Je remercie Gaëtan Guillotin, pour son aide précieuse avec l'analyse statistique de données.

Je souhaite remercier tous les internes qui ont rendu ce travail possible en répondant au questionnaire, et tout particulièrement les dix internes qui ont participé aux entretiens, pour leur franchise et leur passion pour notre métier.

Je remercie mes futures consœurs et très chères amies Victoire Bourdaire et Clotilde Cambon-Lallane pour tous ces bons moments passés ensemble depuis le début de nos études.

Je remercie mes grands-parents, mes oncles et tantes et tout particulièrement Sarah Denton pour son expertise et son aide sur la législation médicale britannique.

Je tiens à remercier mes parents, Mark et Sylvie Venus, pour leur aide et leurs encouragements depuis toujours, et leur amour. Je remercie également ma sœur et mon frère, Marion et Clement Venus pour leur soutien et leur affection.

Et je remercie Laurent, mon amour.

Table des matières

I. Introduction.....	p 7
II. Méthode.....	p 11
A. Protocole « Medmistake ».....	p 11
B. Recueil de données.....	p 11
C. Le questionnaire.....	p 12
D. L'analyse statistique des données quantitatives.....	p 13
E. L'analyse des données qualitatives du questionnaire « oui ».....	p 13
F. Les entretiens.....	p 13
III. Résultats.....	p 16
A. Inclusion.....	p 16
B. Questionnaire « oui ».....	p 17
1. Epidémiologie.....	p 17
a) Nombre total d'erreurs.....	p 17
b) Semestre de l'erreur.....	p 17
c) Temps écoulé depuis le dernier événement.....	p 18
d) Lieu de l'erreur.....	p 18
2. Le vécu des internes.....	p 20
a) Conséquences pour le patient.....	p 20
b) Responsabilité.....	p 20
c) Evitabilité.....	p 21
d) Responsabilité-Evitabilité.....	p 21
e) Responsabilité-Conséquences.....	p 21
f) Impact.....	p 22
g) Evitabilité-Impact.....	p 22
h) Conséquences-Impact.....	p 23
i) Délai-Impact.....	p 23
j) Responsabilité-Impact.....	p 23
3. Les conséquences pour l'interne.....	p 24
a) Les confidents.....	p 24
b) Le soutien.....	p 25

c) Les changements de pratiques suite à l'erreur.....	p 25
d) Le plus difficile à gérer.....	p 27
4. Ce qui a ou aurait pu aider les internes.....	p 28
C. Définition de l'erreur médicale selon les internes.....	p 30
D. Le questionnaire « Non ».....	p 32
E. Les entretiens.....	p 33
1. Données quantitatives.....	p 33
a) Période et lieux des entretiens.....	p 33
b) Durée des entretiens.....	p 33
c) Caractéristiques des internes et des entretiens.....	p 33
d) Temps écoulé depuis l'erreur.....	p 34
2. Résumé des entretiens.....	p 34
3. L'histoire de l'erreur.....	p 39
a) Les différents intervenants.....	p 39
b) Conséquences pour les patients.....	p 40
c) Responsabilité de l'interne.....	p 41
d) Évitable.....	p 42
4. Conséquences pour les internes et soutien.....	p 45
a) Les émotions ressenties par les internes.....	p 45
b) L'impact professionnel.....	p 46
c) Les confidents.....	p 48
d) Le soutien.....	p 49
e) Révélation au patient ou à la famille.....	p 50
f) La crainte des répercussions juridiques.....	p 51
g) Ce qui a été le plus difficile pour les internes.....	p 52
h) Ce qui a ou aurait pu aider les internes, ce qu'ils proposent pour améliorer notre formation.....	p 52
5. La réflexivité immédiate.....	p 55

IV. Discussion.....	p 57
A. A propos des résultats.....	p 57
1. L'impact de l'erreur médicale.....	p 57
2. Gestion de l'erreur.....	p 60
3. Epidémiologie.....	p 61
a) Le taux de réponses.....	p 61
b) Le lieu des erreurs.....	p 62
4. Soutien.....	p 64
5. Révélation de l'erreur au patient.....	p 66
B. Difficultés rencontrées lors de cette étude.....	p 68
1. Définition de l'erreur médicale.....	p 68
2. La crainte de la stigmatisation.....	p 70
C. Forces et faiblesses du travail.....	p 72
1. Caractère original.....	p 72
2. Limites de l'étude.....	p 72
D. Perspectives.....	p 74
V. Conclusion.....	p 76
Bibliographie.....	p 78
Glossaire.....	p 80
Annexes.....	p 81

I. Introduction

Depuis le rapport « To err is human » de Kohn [1] publié en 2000 aux Etats-Unis, qui a estimé qu'il y avait environ 98 000 décès dus aux erreurs médicales aux Etats-Unis par an, la sécurité des soins et l'amélioration de la gestion des risques et des erreurs médicales, avérées ou potentielles, sont des préoccupations majeures. Elles s'inscrivent dans une culture de sécurité des soins, fondée sur une analyse approfondie des facteurs conduisant aux événements indésirables et une recherche de prévention de ces événements, plutôt que de jugement ou de sanction. Ce sujet a fait l'objet d'un rapport de l'Académie Nationale de Médecine [2], publié en 2006, qui pointait le retard du milieu médical, par rapport au milieu industriel, dans l'analyse des événements indésirables, et ceci dans un souci d'amélioration de la prise en charge des patients plutôt que de judiciarisation du système de santé.

Ces événements indésirables peuvent avoir des effets secondaires, parfois bénins mais parfois irréversibles ou fatals pour les patients, comme l'a montré le rapport ENEIS [3]. En effet, celui-ci a montré que sur environ 35 000 journées d'hospitalisation, il survenait 450 événements indésirables graves, dont environ la moitié était considérée comme évitable. Les événements survenus en service de chirurgie par exemple, étaient responsables d'une prolongation de l'hospitalisation pour 40% d'entre eux et ont été associés au décès d'un patient dans 8% des cas.

Sans oublier le fardeau pour les patients et leur famille, les erreurs médicales peuvent également avoir un impact sur le soignant, parfois qualifié de seconde victime [4]. Wu a introduit cette notion en 2000, tout en dénonçant le manque de sympathie des médecins envers leurs collègues, au moment de la survenue d'une erreur. Il y a plus de dix ans, il soulignait la nécessité de pouvoir se confier à un confrère pour admettre que l'on avait fait une erreur, sans crainte de jugement, et espérer ensuite aborder le problème d'un œil positif et éviter la récurrence de l'erreur. Il suggérait que la sécurité des patients serait améliorée si on pouvait être plus honnête vis-à-vis de nos erreurs, envers nous-même, nos collègues et nos patients.

Comme tous les médecins en activité ou en formation, les internes de médecine générale sont parfois confrontés aux erreurs médicales, réelles ou potentielles, que ce soit en milieu hospitalier ou en médecine ambulatoire. Le 19 décembre 2009, en service de gériatrie, je faisais une prescription erronée d'un médicament bradycardisant, pour un patient âgé de 86 ans : il recevait une dose dix fois plus élevée que sa prise habituelle. Malgré le peu de conséquences pour le patient, ma culpabilité a été paralysante et seuls l'analyse orale et écrite [Annexe 1] de la situation et le temps m'ont permis de poursuivre ma formation sereinement. Contrairement à beaucoup de mes pairs, j'ai immédiatement sollicité l'aide de mes référents. En effet, la littérature souligne le peu de verbalisation des erreurs par les internes, soit par crainte des représailles ou de la perte de confiance des supérieurs, soit par crainte des répercussions juridiques ou finalement par crainte d'être seul à avoir commis une erreur et donc d'être jugé incompetent [5]. Cependant, il est à noter que les études mentionnées ci-dessus montrent que les internes anglo-saxons reçoivent peu d'encouragement de la part des institutions hospitalières et universitaires à révéler leurs erreurs, malgré l'intérêt pédagogique que représente la discussion de telles expériences. En effet, Hevia [6] dénonce le manque d'écoute lorsque survient une erreur. Bien que les conférences de morbi-mortalité soient très répandues et que les erreurs y soient exposées, les internes n'y trouvent pas de réponses car l'analyse des faits conduisant aux erreurs et les aspects émotionnels auxquels ils sont confrontés, y est insuffisante.

Par ailleurs, j'ai reçu un soutien indéniable des médecins seniors présents lors de cette erreur, ce qui s'avère ne pas être toujours le cas, comme le souligne Newman [7]. Dans son étude menée auprès de 30 médecins de famille, 67% d'entre eux ont reçu le soutien qu'ils attendaient, c'est-à-dire tout simplement la possibilité de discuter, auprès de leur famille plutôt que de leurs collègues. Comme mes confrères qui ont relatés des erreurs médicales, je retiens que commettre une erreur peut être source de peur, d'angoisse, de honte, d'inquiétude pour le patient et de remise en question de sa propre aptitude à soigner [6]. Malgré le fait qu'Hippocrate suggère que nous soyons « déshonorés et méprisés » si nous manquons à nos promesses [8], le propre d'un confrère n'est-il pas de soutenir son prochain dans de telles situations ? Par ailleurs, comment pouvons-nous prévenir les erreurs médicales et améliorer la prise en charge des patients si nous ne sommes pas

assurés d'une écoute de nos pairs et de ceux dont la mission est de nous enseigner la Médecine ?

Même si j'ai tiré un enseignement bénéfique de cette erreur, je n'ai pas eu le courage de l'aborder avec le patient lui-même. Dans son étude menée auprès des résidents de médecine interne, Wu [9] montre que 90% d'entre eux disent avoir fait une erreur, mais seuls 24% l'ont révélé au patient ou à la famille du patient. Comme la plupart des internes interrogés, la honte et la peur d'une réaction très négative de la part du patient m'ont empêchée de lui révéler mon erreur. Cependant, le malaise a été d'autant plus important que je me suis rendue compte que je ne parvenais plus à le soigner comme avant : est-ce que les choses auraient été différentes si je lui avais avoué mon erreur ?

La littérature française est encore pauvre dans le domaine du vécu du médecin, bien que le terme de « seconde victime » introduite par Wu ait maintenant plus de 20 ans. Comme le souligne E. Galam [10], ceci reste un sujet tabou qui intéresse peut-être uniquement les soignants qui ont commis, ou ont eu l'impression de commettre des erreurs, et qui ont fait l'objet de poursuites judiciaires ou non. Cependant, les conséquences des événements indésirables sur les médecins sont indéniables, comme l'a montré M. Chanelière [11], dans sa thèse d'exercice menée auprès des médecins généralistes enseignants de la faculté de Lyon. Ces médecins ont été interrogés sur leur vécu des événements indésirables survenus durant leur carrière et 92% avaient été impactés à la fois sur le plan professionnel et sur le plan personnel.

Mais qu'en est-il des médecins généralistes en formation ? Il n'existe à l'heure actuelle aucune donnée sur l'impact de l'erreur médicale chez les internes de médecine générale. Pourtant, comme l'ont souligné plusieurs auteurs américains, c'est en abordant ce sujet le plus tôt possible avec les médecins en formation que la prévention et l'amélioration de la qualité des soins sont meilleures [5, 9].

Partant de ma propre expérience et du constat que je n'étais finalement pas seule à avoir vécu une telle situation, nous avons construit ce travail pour explorer l'impact de l'erreur médicale chez les internes de médecine générale. Qui sont les

internes qui pensent avoir fait des erreurs médicales ? Quel est l'impact sur leur vie professionnelle et personnelle ? Comment gèrent-ils ces erreurs ? Comment améliorer leur accompagnement dans des situations qui peuvent engendrer une grande détresse psychologique ?

L'objectif principal de ce travail est donc de mesurer l'impact professionnel et personnel des erreurs médicales sur les internes de médecine générale de l'université Denis-Diderot. Par ailleurs, nous chercherons à apprécier la fréquence d'implication des internes dans les erreurs médicales, leur lieu de survenue et l'ancienneté des internes concernés. Nous chercherons les méthodes utilisées par ces derniers pour gérer leurs erreurs et noterons s'ils les révèlent ou non au patient. Enfin, nous étudierons quelles sont les améliorations souhaitées par les étudiants en termes d'accompagnement et de formation. Nous explorerons par ailleurs les définitions de l'erreur médicale qu'ils ont proposées.

II. Méthode

A. Protocole « Medmistake »

Un protocole de recherche [Annexe 2] expliquant les objectifs de l'étude a été rédigé et mis en ligne sur le site internet du DMG Paris VII, suite à l'acceptation de ce sujet de thèse. Ce protocole expliquait les conditions d'inclusion dans l'étude : toute réponse au questionnaire en ligne étant considérée comme une inclusion. Il n'y a pas eu de calcul du nombre de participants nécessaires pour réaliser une étude significative. Aucune déclaration au CNIL n'a été effectuée.

B. Recueil des données

Une invitation à répondre à un questionnaire anonyme a été envoyée par courrier électronique [Annexe 3], via le site du DMG de Paris-Diderot, à toutes les personnes inscrites en DES de médecine générale à l'université Paris VII, quel que soit leur niveau d'avancement. Il s'agissait donc d'étudiants inscrits en première, deuxième ou troisième année de DES ou en inscription thèse seule. Le premier courrier a été envoyé en juillet 2010 et deux relances ont été effectuées, au cours des mois de septembre et octobre 2010. Dans ce courrier se trouvait un lien internet pour se rendre directement au questionnaire qui se trouvait sur le site du DMG. Il était précisé à chaque interne le nom d'utilisateur (MEDMISTAKE) et le code d'accès (MEDMISTAKE) lui permettant de débiter le questionnaire, sans avoir à utiliser son propre nom d'utilisateur ou son code, afin de respecter l'anonymat complet de chaque personne souhaitant répondre. En cas de difficulté, une version du questionnaire en format Word 2003 était disponible dans le protocole Medmistake, qui pouvait ensuite m'être envoyée par courrier électronique.

Seuls moi-même, mon directeur de thèse et l'enseignant du DMG qui a formaté le questionnaire pour le site du DMG avaient la possibilité de consulter les réponses données au questionnaire, grâce à des codes d'accès différents.

C. Le questionnaire

Le questionnaire comportait une première question : « Avez-vous déjà eu l'impression de commettre une (ou plusieurs) erreurs médicale(s) ? », dont la réponse « oui » ou « non » permettait de distinguer deux groupes.

Le groupe « oui » répondait ensuite à une série de quinze questions : dix d'entre elles étaient des questions à choix multiples, avec soit des réponses exclusives, soit plusieurs choix possibles. Quatre autres questions exigeaient des réponses ouvertes, à texte libre, sans limitation du nombre de caractères. Le questionnaire « oui » a bénéficié d'un changement en juillet 2010, avec l'ajout d'une quinzième question à choix multiple qui concernait les confidents des internes ayant commis des erreurs.

En ce qui concerne le questionnaire « oui », la première question était à visée épidémiologique et cherchait à estimer le nombre d'erreurs commises par les internes de médecine générale. Ensuite, nous nous sommes intéressés à la dernière erreur dont l'interne se souvenait et le reste des questions concernaient donc cet événement. Les questions portaient sur :

- Le temps écoulé depuis cette erreur
- Le semestre au cours duquel elle avait eu lieu
- Le service dans lequel elle avait eu lieu
- L'estimation par l'interne des conséquences pour le patient
- L'estimation par l'interne de sa propre responsabilité dans l'événement
- L' « évitabilité » ou non de cette erreur
- L'impact de cet événement sur l'interne
- Ce qui a été le plus difficile (texte libre)
- Ce que cet événement a changé au niveau professionnel (texte libre)
- Les personnes à qui l'interne a parlé de cette erreur, ses confidents
- L'estimation du soutien reçu de la part des (ou reçu des) référents médicaux
- Ce qui a, ou aurait pu, aider l'interne (texte libre)
- La définition de l'erreur médicale selon l'interne (texte libre)

En ce qui concerne le groupe « non », sept questions à choix multiples étaient proposées. Une proposition de définition de l'erreur médicale était également demandée aux personnes incluses dans le bras « non ».

Si le questionnaire était rempli entièrement, un entretien semi-directif était proposé pour approfondir le sujet. Les internes qui souhaitaient me rencontrer pour réaliser cet entretien pouvaient me joindre par courrier électronique à l'adresse fournie à la fin du questionnaire.

D. L'analyse statistique des données quantitatives

L'analyse des données quantitatives du questionnaire a été menée en analyse univariée, en utilisant des calculs simples et un tableur Excel 2003. Grâce à l'aide d'un étudiant en actuariat, contacté par l'intermédiaire de mon entourage, un test statistique a été utilisé pour réaliser une analyse en bivariée de certaines données du questionnaire « oui », le test du Khi 2. Ces calculs ont été effectués grâce à une feuille Excel 2003 en utilisant les formules et tableaux trouvées sur le site internet www.wikipedia.fr.

E. L'analyse des données qualitatives du questionnaire « oui »

L'analyse des données qualitatives des questionnaires a été effectuée de la façon suivante: chaque réponse a été analysée en recherchant des thèmes et des idées. Puis chaque idée a été recherchée dans chacune des réponses, jusqu'à saturation des données. Cette méthode est décrite de façon plus approfondie dans les paragraphes suivants.

F. Les entretiens

Nous avons réalisé dix entretiens semi-directifs, qui étaient proposés à toutes les personnes qui complétaient le questionnaire, qu'elles soient incluses dans la branche « oui » ou « non » du questionnaire. J'ai réalisé un entretien avec chaque

personne qui le souhaitait, sans calculer le nombre d'entretiens nécessaire à une saturation théorique des données. Aucun équilibre n'a été recherché entre les hommes ou les femmes ou le semestre de chaque interne.

La date et le lieu de chaque entretien étaient fixés par l'interne et moi-même via courrier électronique ou téléphone. Ces entretiens étaient enregistrés en face à face, à l'aide d'un dictaphone numérique, et rendus anonymes dans un deuxième temps. Aucun lien formel ne pouvait ainsi être établi entre le questionnaire et les entretiens.

Ce type d'entretien nécessite l'utilisation d'un guide d'entretien [Annexe 4], qui a été rédigé avant de débiter les entretiens, permettant d'aborder les mêmes points avec chaque interne interviewé, en posant des questions ouvertes. Cependant, l'ordre et la formulation des questions pouvaient varier d'un entretien à l'autre. L'analyse de la littérature a permis d'identifier les thèmes les plus pertinents à aborder.

Pendant le premier temps de l'entretien, un bref rappel du but de la thèse était exposé à chaque interne interviewé. Dans un second temps, je demandais à chaque interne de relater un événement durant lequel il avait l'impression d'avoir commis une erreur médicale, en mentionnant le lieu de l'erreur. Cet événement n'était pas obligatoirement celui dont ils s'étaient souvenus pour remplir le questionnaire. Par la suite, le guide d'entretien permettait d'aborder les points non évoqués spontanément par l'interne ou sur lequel je souhaitais plus ample explication.

Suite aux entretiens, j'ai rédigé pour chacun d'entre eux des notes informatives sur mes impressions « à chaud », encore appelées « réflexivité immédiate ». Ceci m'a permis de rectifier la formulation des questions contenues dans le guide d'entretien en notant les difficultés rencontrées au moment de l'entretien lui-même. Les éléments marquants rencontrés dans chaque entretien ont également été rapportés. Ces notes ont ensuite été utilisées pour l'analyse des données.

A partir des données recueillies sous forme d'enregistrement sonore, j'ai moi-même procédé à la retranscription intégrale de chaque entretien, sur un support informatique. Je n'ai pas reformulé les propos des internes interviewés, ou corrigé les fautes de langage. Les propos de l'interne interviewé et ceux de l'interviewer ont été individualisés en attribuant à chacun une mise en forme différente. Il a été demandé ultérieurement, en mars 2011, à chaque interne s'il acceptait ou non que son entretien soit intégré dans les annexes de ce travail, en précisant que leur anonymat serait bien sûr respecté. Tous Les entretiens sont disponibles en annexe [Annexe 5].

Chaque entretien a été relu attentivement plusieurs fois afin d'analyser l'idée générale qui se dégagait de chacun. A chaque fois, les éléments du discours qui semblaient intéressants ont été surlignés en couleurs différentes. Chaque couleur correspondait à un concept distinct. Ces concepts ont ensuite été recherchés dans chaque entretien. A chaque fois qu'une nouvelle idée était repérée dans un entretien, celle-ci était recherchée dans tous les autres, jusqu'à saturation complète des données.

Pour chaque entretien, une fiche d'analyse a été rédigée, qui permettait d'avoir une vision globale et synthétique des propos rapportés par les internes interviewés. Dans cette fiche se trouvaient un résumé bref de la situation clinique, la liste des personnes impliquées dans cet événement et pour chaque question, les concepts apparus au fur et à mesure de chaque lecture. Toutes ces données ont ensuite été intégrées dans un résumé sous forme de tableau.

III. Résultats

A. Inclusion

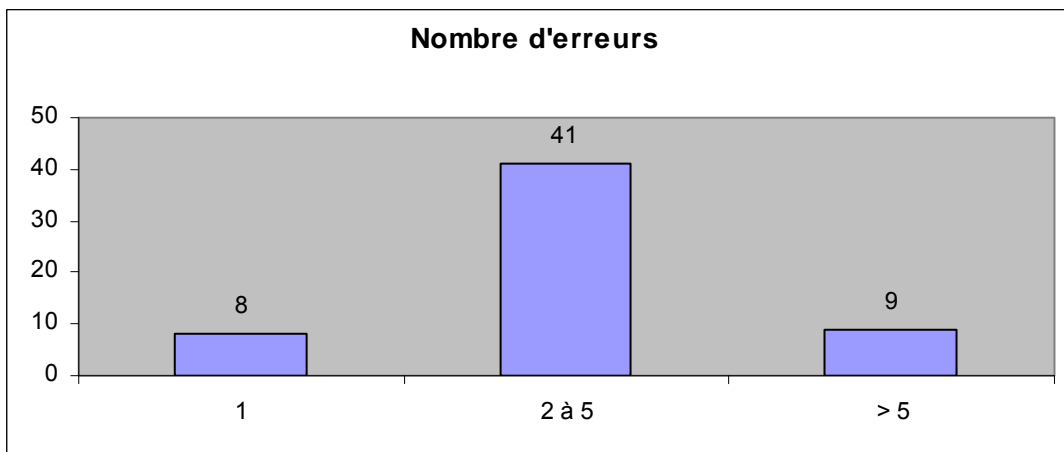
392 courriels ont été envoyés à trois reprises durant les mois de juillet, septembre et octobre 2010. Un total de 70 réponses a été recueilli, dont 64% (45 réponses) au mois de juillet, 17% (12 réponses) au mois de septembre et 19% (13 réponses) au mois d'octobre. Ceci représente un taux de réponse de 17,8%. **Sur ces 70 réponses, 97 % des répondants ont indiqué qu'ils avaient déjà fait une erreur médicale** et 3% qu'ils n'avaient pas l'impression d'avoir déjà commis une erreur. 47% de ceux ayant répondu qu'ils avaient commis une erreur médicale ont rempli le questionnaire en entier, tandis que 53% n'ont répondu que partiellement au questionnaire. La plupart des personnes qui n'ont répondu que partiellement n'ont répondu qu'aux questions à choix multiples, plutôt qu'aux questions à texte libre.

B. Questionnaire « oui »

1. Epidémiologie

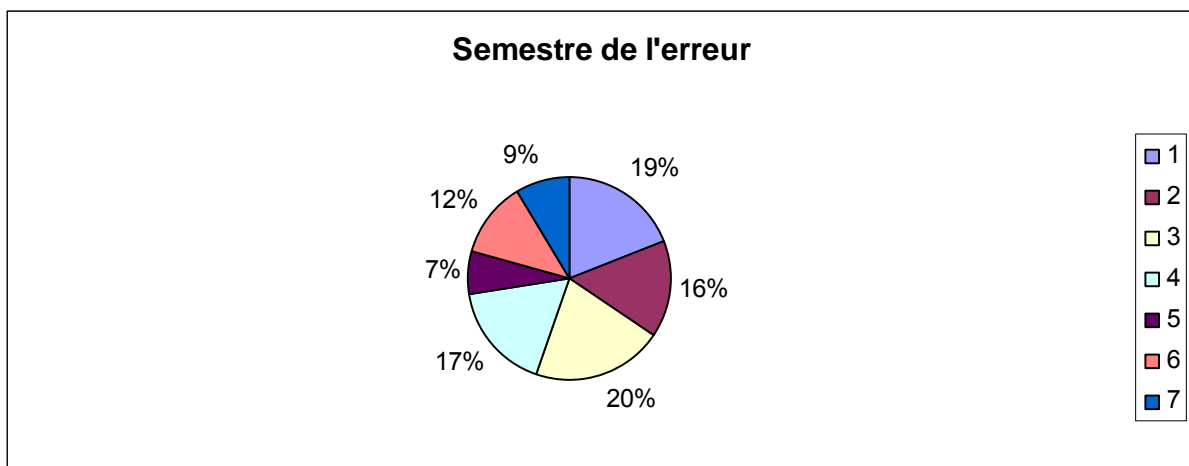
a) Nombre total d'erreurs

58 internes ont signalé avoir fait au moins une erreur : 14% (8) ont rapporté une erreur, 71% (41) ont reconnu avoir fait entre 2 et 5 erreurs, et 15% (9) ont signalé avoir fait plus de 5 erreurs.



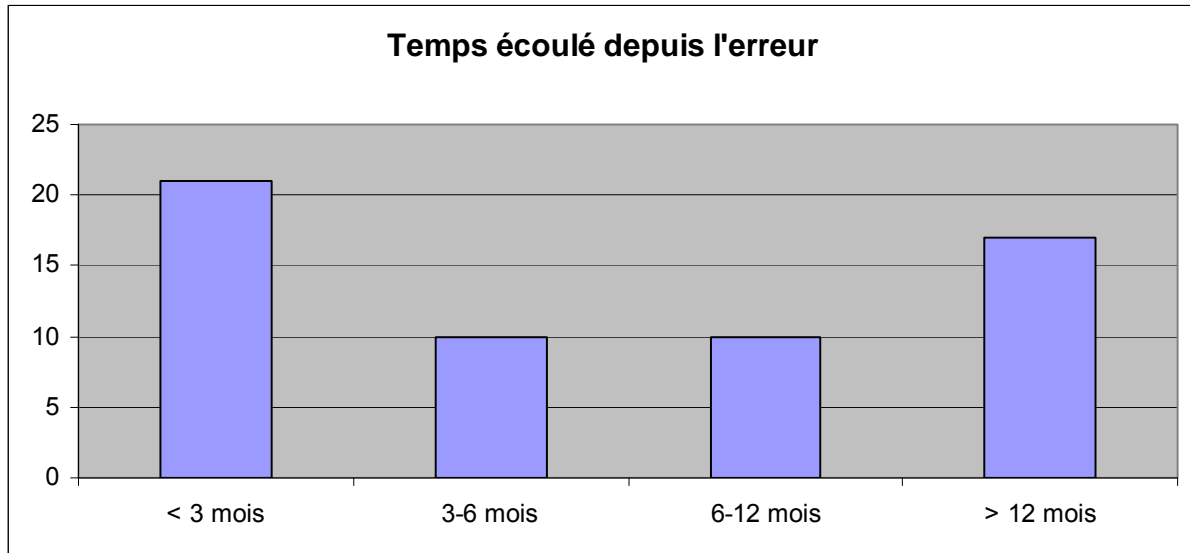
b) Semestre de l'erreur

Les internes ont rapporté que le dernier événement dont ils se souvenaient avait eu lieu en premier semestre pour 19% d'entre eux, en second semestre pour 16%, en troisième semestre pour 21%, en quatrième semestre pour 17% d'entre eux, en cinquième semestre pour 7%, et en sixième semestre pour 12%. 8% des internes ayant signalé une erreur étaient en semestre supplémentaire.



c) Temps écoulé depuis le dernier événement

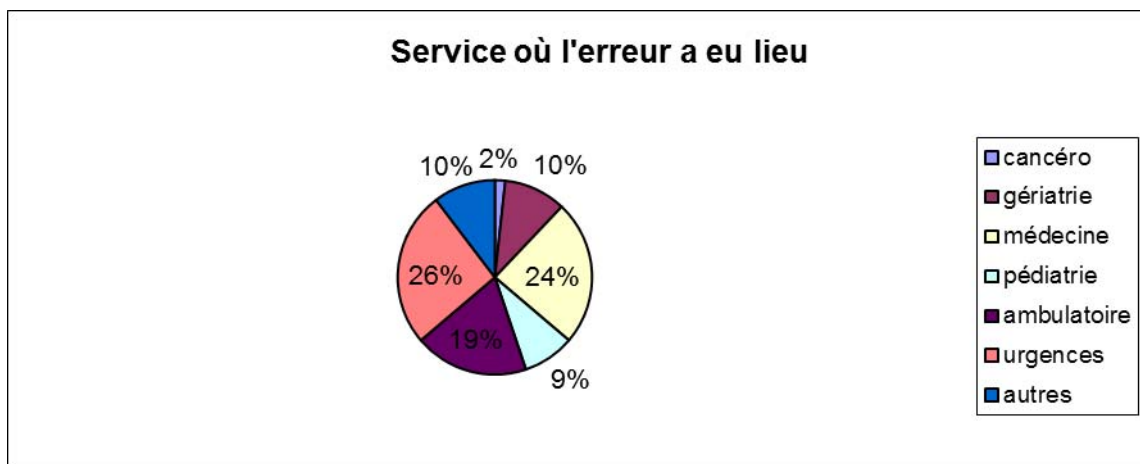
L'événement a eu lieu moins de trois mois avant la réponse au questionnaire pour 36% des internes, entre trois et six mois pour 17% d'entre eux. Il s'est passé entre six mois et un an depuis l'erreur pour 17% des internes et plus d'un an pour 30% d'entre eux.



d) Lieu de l'erreur

Le schéma suivant résume le lieu de l'erreur et le pourcentage d'internes qui ont déclaré avoir fait une erreur dans ce type de service :

2% étaient en cancérologie, 10% en gériatrie, 24% en médecine, 9% en pédiatrie, 19% en stage ambulatoire de niveau 1, 26% aux urgences et 10% dans d'autres lieux de stage.

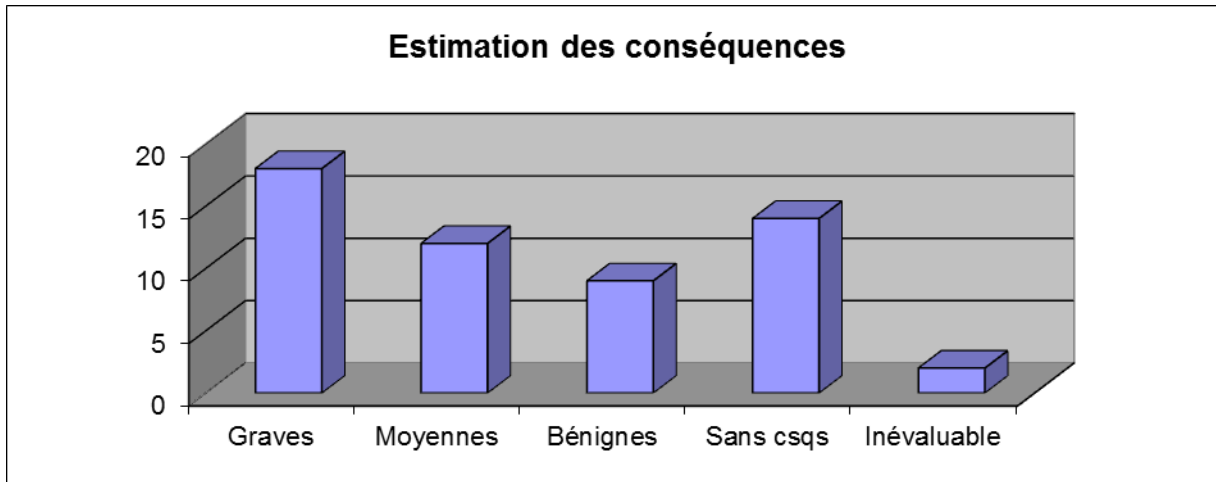


Il est à noter que quatre de ces stages sont obligatoires pour valider le DES de Médecine Générale : les stages en « médecine », aux urgences, en pédiatrie et en médecine ambulatoire (stage de niveau1). Sur les six internes ayant répondu qu'ils étaient dans un « Autre lieu de stage », cinq d'entre eux étaient inscrits en semestre supplémentaire et effectuaient des remplacements en médecine générale, et un interne était en service de réanimation.

2. Le vécu des internes

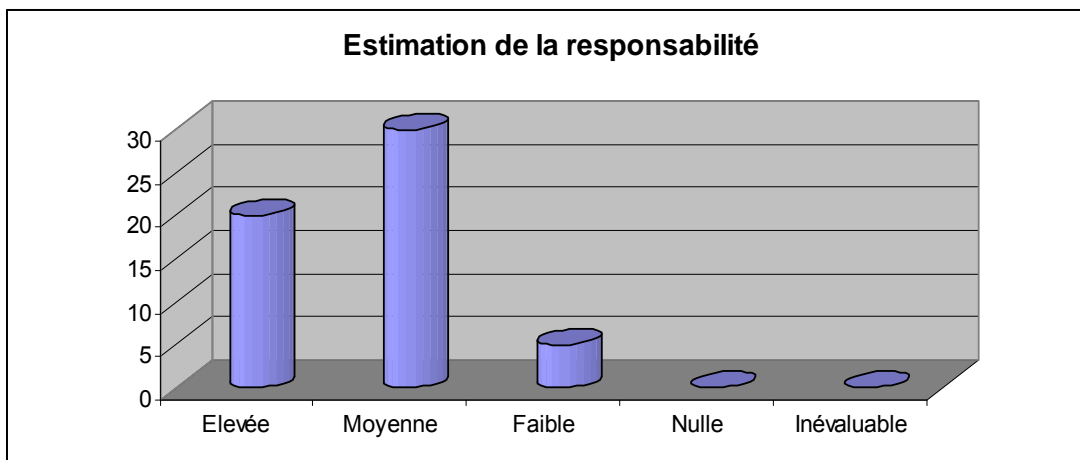
a) Conséquences pour le patient

33% des internes ont estimé que les conséquences pour le patient étaient **graves**, **22%** ont estimé les conséquences moyennes, **16%** trouvaient les conséquences bénignes, **25%** n'ont noté **aucune conséquence** pour le patient et **4%** des internes ne pouvaient pas évaluer les conséquences de l'événement.



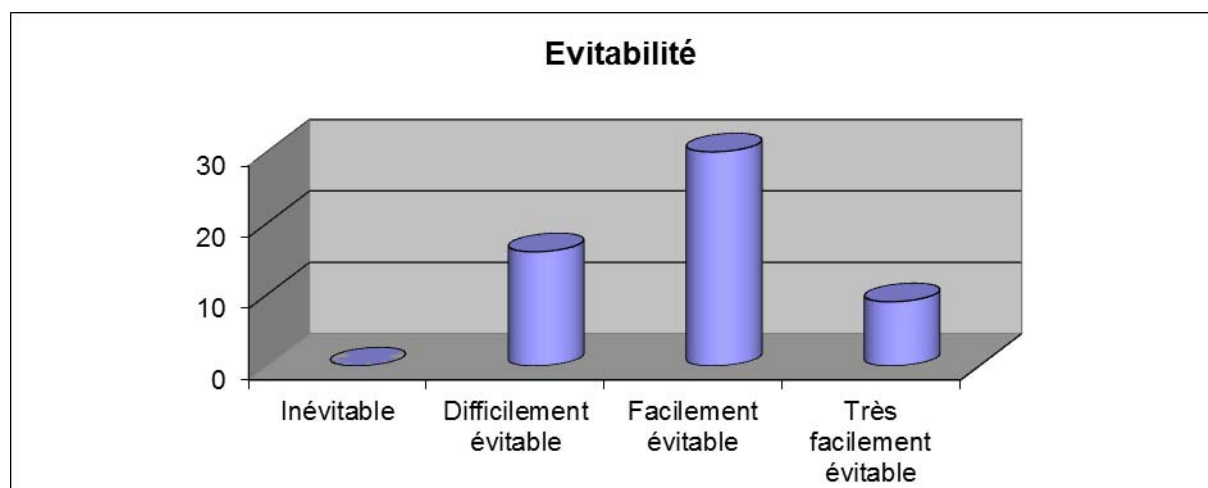
b) Responsabilité

36% des internes s'estimaient très responsables de l'erreur, **55%** pensaient avoir une **responsabilité moyenne** dans l'événement et **9%** estimaient avoir une responsabilité faible. Aucun interne ne pensait n'avoir aucune responsabilité et aucun n'estimait ne pas pouvoir évaluer sa responsabilité.



c) Évitable

Aucun interne n'a estimé son erreur comme étant impossible à éviter, 29% des internes pensaient que l'erreur était difficilement évitable, 55% ont trouvé leur erreur facilement évitable et 16% très facilement évitable.



d) Responsabilité-évitable

Nous avons fait un test de Khi2 en supposant qu'il n'y avait pas de liaison statistiquement significative entre la responsabilité évaluée par les internes et l'évitabilité de leur erreur. Nous avons regroupé les internes qui avaient jugé leur erreur « facilement évitable » et « très facilement évitable » pour faciliter l'analyse statistique. Nous avons trouvé $Q=6,7 > K=5,99$ (degré de liberté 2, tolérance $\alpha=0,05$). Nous avons pu donc conclure **qu'il existait une liaison statistiquement significative entre le sentiment de responsabilité des internes et leur évaluation de l'évitabilité de leur erreur**. Par ailleurs, en réalisant un tableau des signes, nous avons pu également montrer que **plus les internes pensaient que leur erreur était évitable, plus ils se sentaient responsables**.

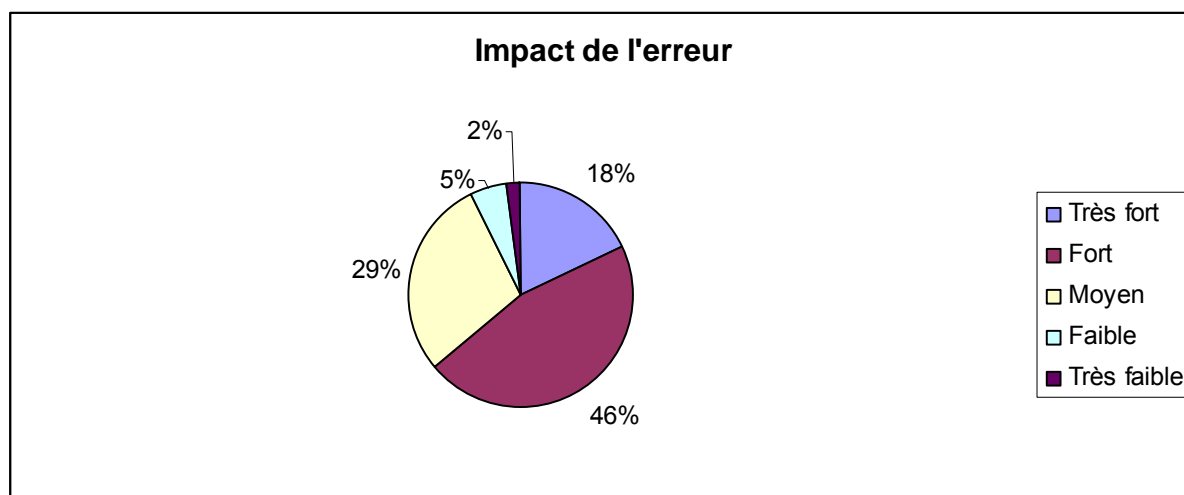
e) Responsabilité-Conséquences

Nous avons également effectué un test de Khi2 pour étudier le lien entre la responsabilité estimée par les internes et leur évaluation des conséquences pour les patients. Nous avons supposé qu'il n'y avait pas de lien entre la responsabilité des

internes et les conséquences évaluées par les internes. Ce test a trouvé $Q=5,34 < K=12,59$ (degré de liberté 6, tolérance $\alpha=0,05$). Ceci confirme donc l'hypothèse : il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre la responsabilité ressentie par les internes et les conséquences pour le patient. **Que le caractère des erreurs ait été estimé bénin ou grave, les internes se sentaient plutôt responsables de leurs erreurs.**

f) Impact

Le ressenti des internes a été mesuré par l'impact de l'erreur, que ce soit sur leur vie personnelle ou professionnelle. 55 internes ont répondu au total. **18% des internes ont été très fortement marqués par leur erreur, 46% fortement marqués, 29% moyennement marqués, 5% faiblement marqués et 2% très faiblement marqués.** Nous n'avons pas distingué les aspects professionnels et privés qui ont été abordés dans les entretiens.



g) Évitabilité-Impact

Nous avons réalisé un autre test de Khi 2 pour étudier la liaison entre l'évitabilité de l'erreur et l'impact sur les internes. Nous avons supposé qu'il n'y avait pas de liaison statistiquement significative entre ces deux notions. Notre test de Khi 2 a retrouvé $Q=8,34 < K=12,59$ (degré de liberté 6, tolérance $\alpha=0,05$), ce qui a confirmé **l'absence de liaison statistiquement significative entre l'évitabilité et l'impact de l'erreur.**

h) Conséquences-Impact

Nous avons réalisé un test de Khi 2 pour étudier la relation entre les conséquences estimées de l'erreur estimées par les internes et l'impact de celle-ci, en supposant qu'il n'y avait pas de liaison statistiquement significative entre ces deux notions. Notre test de Khi 2 a trouvé $Q=23,06 > K=16,92$ (degré de liberté 9, tolérance $\alpha=0,05$). Nous avons pu conclure qu'il y a une liaison statistiquement significative entre les conséquences de l'erreur et l'impact de celle-ci. Par ailleurs, le tableau des signes nous permet de dire que **plus les conséquences étaient estimées importantes, plus les internes étaient « impactés »**.

i) Délai-impact

Nous avons souhaité savoir si plus les internes relataient une erreur ancienne plus ils étaient marqués par celle-ci. Pour cela, nous avons réalisé un test de Khi 2 en supposant qu'il n'y avait pas de liaison statistiquement significative entre le délai depuis l'erreur et l'impact de celle-ci. Notre test a retrouvé $Q=15,02 < K=16,92$ (degré de liberté 9, tolérance $\alpha=0,05$). Ceci confirmait **l'absence de lien entre le temps écoulé depuis l'erreur et l'impact de celle-ci** : peu importe le temps écoulé depuis l'erreur relatée par les internes, l'impact pouvait être important ou non.

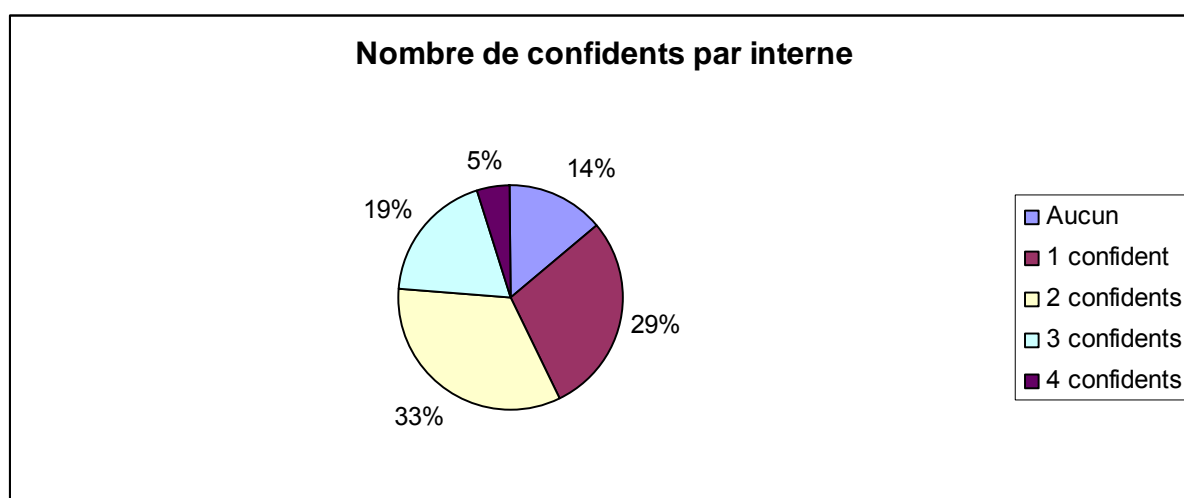
j) Responsabilité-Impact

Nous avons souhaité recherché un lien entre la responsabilité ressentie par les internes et l'impact de leur erreur. Pour cela nous avons réalisé un test de Khi 2 en supposant qu'il n'y avait pas de liaison statistiquement significative entre ces deux données. Notre test a trouvé $Q=8,39 < K=12,59$ (degré de liberté 6, tolérance $\alpha=0,05$). Il n'y a donc pas de liaison statistiquement significative entre l'impact de l'erreur et la responsabilité ressentie par les internes : **peu importe s'ils étaient responsable ou non, ils ont été « impactés » par cet événement**.

3. Les conséquences pour l'interne

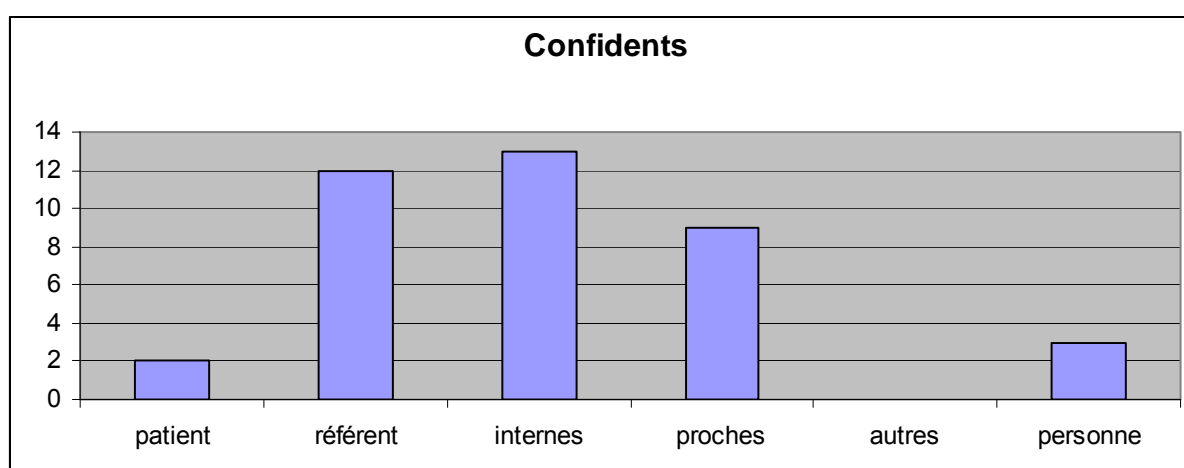
a) Les confidents

Lorsque nous avons demandé aux internes à qui ils s'étaient confiés au moment de leur erreur, 21 d'entre eux ont répondu à cette question. **Seuls deux d'entre eux ont discuté de leur erreur avec le patient concerné.** La plupart des internes ont parlé de leur erreur à une, deux ou trois personnes, que ce soit le médecin référent, un co-interne ou un proche. **Trois internes ont répondu qu'ils n'en avaient parlé à personne.**



Lorsque l'interne n'avait qu'un confident, il s'agissait du référent médical dans 50% des cas, ou d'un co-interne dans l'autre moitié.

L'histogramme suivant résume qui étaient les confidents pour les internes :

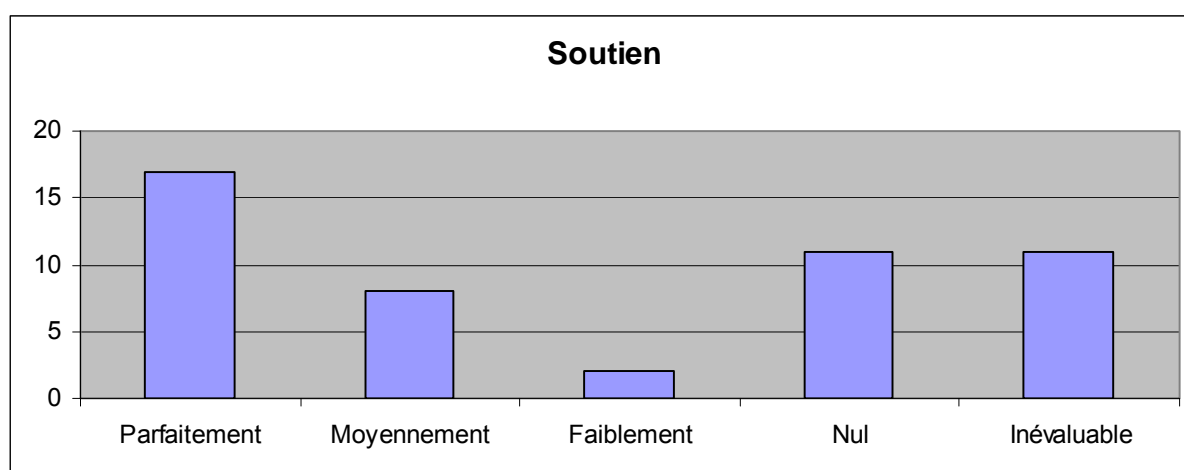


Il est à noter que les deux internes qui ont parlé de leur erreur au patient sentaient qu'ils avaient une responsabilité élevée dans l'événement et qu'ils estimaient que les conséquences pour le patient étaient graves pour l'un d'entre eux et nulles pour

l'autre. Par ailleurs, seuls **57% des internes ont révélé leur erreur à leur référent médical. Tous ces internes estimaient que leur erreur avait eu des conséquences graves ou moyennes pour le patient.** Les 43% qui n'ont pas parlé de leur erreur à leur référent estimaient que les conséquences étaient bénignes ou nulles, et se confiaient alors à leur co-interne ou à des proches.

b) Le soutien

En ce qui concerne le soutien qui leur a été apporté, 59 internes ont répondu de la façon suivante : **29% des internes estimaient avoir été parfaitement soutenus, 14% moyennement soutenus, 3% faiblement soutenus. 27% ont estimé avoir un soutien nul** et 27% ne pouvaient évaluer le soutien qu'ils avaient reçu.



Il est à noter que lors de cette question, aucune distinction n'a été faite entre le soutien reçu de la part du référent médical et des autres personnes qui avaient pu intervenir, que ce soient des personnes du milieu médical ou non. Par ailleurs, tous les internes qui ont répondu qu'ils n'avaient pas discuté de leur erreur avec le référent médical, ou avec qui que ce soit d'autre ont répondu qu'ils ne pouvaient évaluer le soutien qu'il leur avait été apporté. **Les deux internes qui ont révélé leur erreur au patient estiment avoir été parfaitement soutenus.**

c) Les changements de pratique suite à l'erreur

Il s'agit d'une question à réponse libre, à laquelle 39 internes ont répondu. Nous avons séparé les réponses en deux catégories : les changements constructifs et les changements défensifs. 74% des internes ont fait des changements constructifs

dans leur pratique, 21% des internes ont eu des réactions plutôt défensives et 5% d'entre eux ont eu une attitude à la fois constructive et défensive. Le tableau suivant résume les principaux changements de pratique.

CONSTRUCTIF		29
	Vérifications supplémentaires de :	14
	Traitement/Prescriptions	8
	Examens complémentaires	1
	Compréhension du patient	1
	Propres connaissances	3
	Sans précision	1
	Vigilance	12
	Rigueur	13
	Appel au sénior	2
	Plus de temps	2
DEFENSIF		8
	Plus de temps	1
	Crainte excessive d'un diagnostic	3
	Excès d'examens complémentaires	2
	Appel au sénior	4
	Rien	2

Nous avons considéré que la prescription d'examens complémentaires était un changement plutôt défensif, car en réaction à une crainte de passer à côté d'un diagnostic et non comme aide diagnostic : *« dès que quelqu'un a mal aux jambes il a une écho doppler »*.

Certaines réponses ont été classées dans les deux catégories car les changements pour l'interne étaient soit constructifs soit défensifs. Par exemple, le fait de faire appel à un sénior pour un avis pouvait être en lien avec une perte de confiance : *« Je demande beaucoup plus au sénior car cela m'a remise en question »* ou au contraire, juste une façon de s'assurer de ne pas commettre une erreur, après avoir effectué ses propres vérifications *« j'essaie au maximum d'aller vérifier les recommandations [...] et j'en parle systématiquement à mon maître de stage »*.

De la même façon, certains internes ont parlé de la notion de « temps ». Celle-ci a été classée dans les deux catégories car parfois constructive, *« moins de précipitation »* ou parfois défensif : *« ne pas se fixer d'objectif en matière d'heure de sortie, prendre son temps, même si ça empiète méchamment sur la vie privée »*.

d) Le plus difficile à gérer

38 internes ont répondu à cette question. Plusieurs notions apparaissent : certaines sont strictement en rapport avec le patient, d'autres avec le vécu de la situation par l'interne. La grande majorité des internes, 87% ne parlent que d'une notion dans leur réponse, et 13% abordent deux à quatre aspects qui leur ont posé problème. Voici un tableau qui résume les principales notions apparues lors de l'analyse de cette question, par ordre d'apparition dans les réponses.

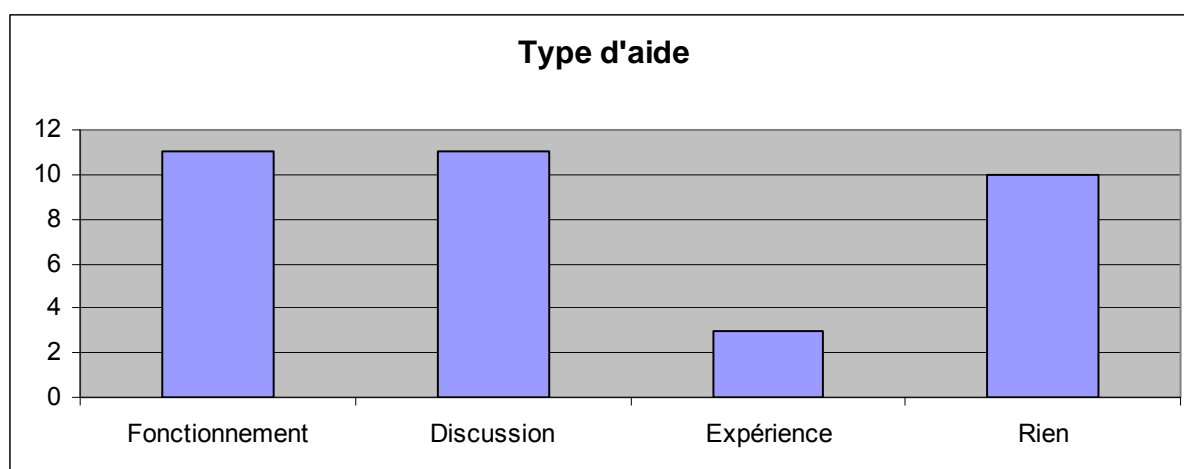
Conséquences pour le patient	11
Relation avec patient/famille	6
Manque d'encadrement/soutien	7
Conséquences sur le plan professionnel	5
Evitabilité	6
Absence de diagnostic	2
Culpabilité	6
Conséquences sur le plan personnel	2

Sur les sept internes qui affirmaient que le plus difficile pour eux avait été le manque d'encadrement ou de soutien lors de leur erreur, cinq d'entre eux avaient effectivement répondu qu'ils estimaient que le soutien qu'ils avaient reçu avait été « faible » ou « nul ».

Par ailleurs, six des onze internes qui avaient considéré que le plus difficile pour eux était les conséquences pour le patient, avaient estimé que celles-ci étaient « graves ».

4. Ce qui a ou aurait pu aider les internes

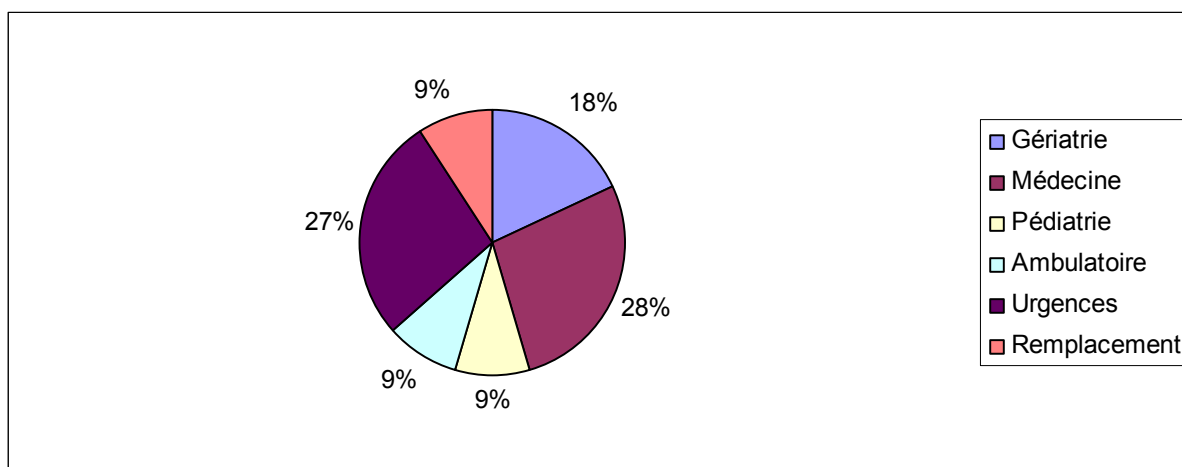
Nous avons demandé aux internes ce qui a ou aurait pu les aider au moment de leur erreur ou après. Trois principales notions se détachent sur les 35 réponses apportées par le questionnaire. Celles-ci portent sur des améliorations sur le **fonctionnement des stages ou de la formation, ou sur la discussion autour de l'erreur médicale** ou simplement sur l'expérience. Une notion qui a été rapportée et qui était assez fréquemment citée était que « rien » ne pouvait aider les internes. Cet histogramme montre la répartition des internes dans chaque catégorie :



Ce tableau résume les différentes notions apparues dans chaque catégorie citée ci-dessus :

FONCTIONNEMENT		11
	Matériel	2
	Plus de temps	4
	Plus d'encadrement	7
	Plus de sommeil	2
DISCUSSION		12
	Balint	1
	Référents/Staff	5
	Analyse de l'erreur	3
	Co-internes	2
	Avec le patient	1
PLUS D'EXPERIENCE		3
RIEN		10
	Rien	8
	Ne sait pas	2

Les internes qui auraient souhaité des changements liés au fonctionnement étaient répartis de la façon suivante dans les différents lieux de stage :



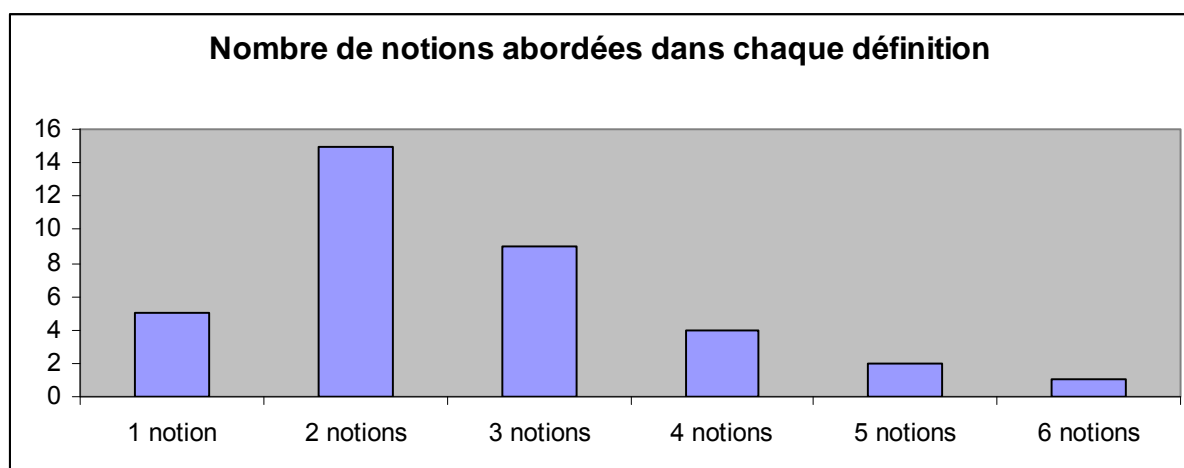
Parmi les internes qui ont considéré que parler ou analyser leur erreur les avait aidés, tous ont considéré avoir été parfaitement soutenus. Les six internes qui auraient souhaité discuter davantage de leur erreur estimaient que le soutien qu'ils avaient reçu était « moyen » pour trois d'entre eux et « nul » pour les trois autres. L'interne qui aurait souhaité revoir le patient avait considéré que les conséquences de son erreur pour le patient avaient été bénignes et qu'il avait été parfaitement soutenu par son « confident » qui était son sénior.

Il est à noter que **les internes qui ont répondu qu'ils auraient souhaité avoir plus d'expérience étaient en quatrième semestre pour deux d'entre eux et en sixième semestre pour l'un d'eux.**

Les internes qui ont répondu que « rien » ne pouvait les aider n'ont pas précisé si c'était parce qu'ils n'avaient pas besoin d'aide ou parce qu'ils avaient reçu un soutien suffisant qui leur permettait de dire qu'ils n'avaient donc pas besoin d'une autre forme d'aide.

C. Définition de l'erreur médicale selon les internes

Cette question était commune aux questionnaires « oui » et « non ». Il y a un total de 38 réponses. Deux internes ont répondu qu'ils ne savaient pas répondre à cette question. Chaque réponse a été analysée successivement et toutes les notions ont été recensées jusqu'à obtention d'une liste de 15 notions différentes. Chaque réponse comportait une à six notions différentes :



Le tableau suivant résume le nombre de fois que chaque notion a été citée, par ordre de fréquence dans les réponses :

Néfaste	16
Patient	15
Diagnostic	8
Médecin/soignant	8
Evitable	7
Défaut de moyen	7
Traitement	7
Inattention/oubli	6
Mauvaise décision	5
Involontaire	4
Défaut de connaissance	4
Faute	3
Négligence	2
Evénement indésirable	2
Avec ou sans conséquences	2

21% des définitions données impliquent « le médecin » ou « le soignant ».

Les deux acteurs de la définition, le médecin/soignant et le patient, ont été cités ensemble par quatre internes. Les deux notions « néfastes » et « patient » sont rapportées ensemble 12 fois.

75% des internes qui ont cité qu'il s'agissait précisément d'un problème diagnostique ont aussi cité le mot traitement.

Le fait que l'erreur médicale soit involontaire n'a été cité que dans 11% des réponses.

Le fait que l'erreur ait des **conséquences néfastes pour le patient** est rapporté dans **42%** des cas et le fait que l'erreur soit **avec ou sans conséquences** pour le patient **seulement dans 5% des définitions.**

Voici quelques exemples des définitions données par les internes :

« Pour moi l'erreur médicale est avant tout une erreur diagnostic (quand on dit eczéma alors que c'est une gale par ex) Il s'agit aussi d'une mauvaise évaluation de la gravité d'une pathologie ou des tares du patient. Bref toute décision, alors qu'on aurait pu en décider autrement (soit 99% des consultations) qui entraine des conséquences néfastes pour le patient ».

« Erreur médicale : action réalisée par un médecin qui conduit à la mise en danger du patient qu'elle qu'en soit l'issue ».

« Dommage involontaire à un patient sans intention de nuire ».

D. Le questionnaire « non »

Deux internes ont répondu qu'ils n'avaient pas fait d'erreur, ils ont complété le questionnaire entièrement. Leur réponse à la question commune concernant leur proposition d'une définition de l'erreur médicale a été analysée dans le chapitre précédent. Ils ont été interrogés sur leur réaction dans l'éventualité où ils seraient impliqués dans une erreur médicale, pour laquelle ils auraient un certain degré de responsabilité.

Voici le tableau qui résume leurs réponses :

	INTERNE 1	INTERNE 2
FREQUENCE CRAINTE	Tous les ans	Jamais
RESPONSABILITE	Très forte	Moyenne
REVELATION SPONTANEE AU PATIENT	Tout	Moyen
REPOSE AU PATIENT QUI S'INTERROGE	Fortement répondant	Très fortement répondant
CHANGEMENT PRATIQUE	Très fort	Moyen
IMPACT	Très fort	Très fort
ATTENTE COLLEGUES/ENSEIGNANTS	Très forte	Très forte

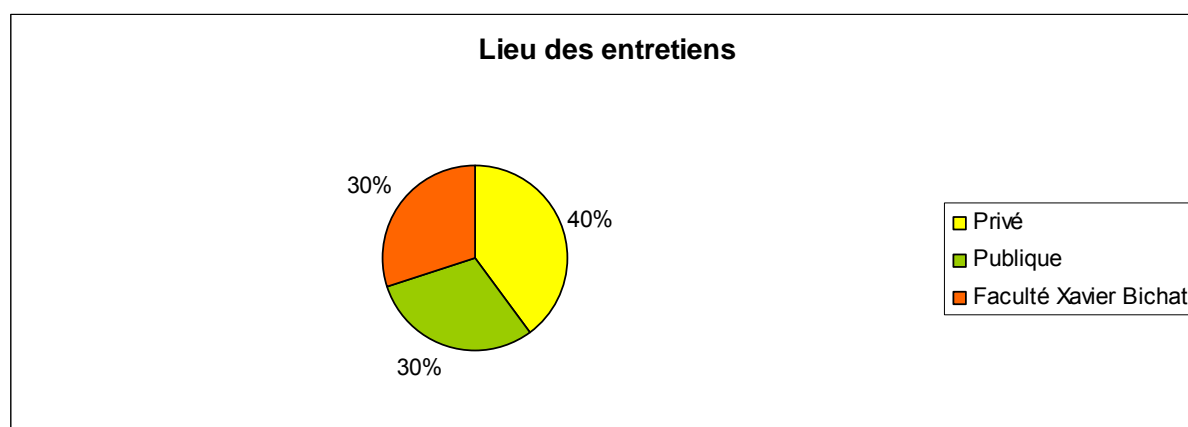
E. Les entretiens

1. Données générales

Nous avons réalisé dix entretiens.

a) Période et lieux des entretiens

Les entretiens semi-directifs se sont déroulés durant les mois de juillet à novembre 2010, sur une période de cinq mois. Les lieux d'entretiens ont été choisis par les internes interviewés, par courrier électronique ou téléphone. Quatre de ces entretiens se sont déroulés dans des lieux privés (3 au domicile de l'interne, 1 au cabinet d'un maître de stage), trois se sont déroulés dans des lieux publics (cafés, restaurants), et trois se sont déroulés à la faculté Paris VII (Site Xavier Bichat).



b) Durée des entretiens

Les entretiens ont duré de 14 à 25 minutes. La durée moyenne d'un entretien était de 19 minutes et 30 secondes.

c) Caractéristiques des internes et des entretiens

Le tableau suivant résume les données générales de chaque entretien.

ENTRETIEN	LIEU	DUREE (Min)	SEXE	SEMESTRE/ENTRETIEN	SEMESTRE/ERREUR	LIEU DE L'ERREUR
A	Privé	25	♀	2	1	Urgences
B	Privé	15	♀	4	3	Médecine
C	Publique	18	♂	Supplémentaire	2	Urgences
D	Faculté	17	♀	4	3	Gériatrie
E	Privé	20	♀	Supplémentaire	6	Urgences Pédiatriques
F	Faculté	24	♀	4	3	Urgences
G	Publique	14	♂	4	3	Médecine
H	Faculté	19	♀	Supplémentaire	2	Urgences
I	Publique	23	♀	Supplémentaire	4	Médecine
J	Privé	20	♂	3	2	Urgences

d) Temps écoulé depuis l'erreur

Il n'a pas été demandé aux internes de préciser le délai exact depuis l'erreur dont ils parlent dans leur entretien. Cependant, il est possible d'estimer celui-ci en fonction du semestre actuel de chaque interne et du semestre au cours duquel a eu lieu l'erreur. **70%** des erreurs relatées dans les entretiens ont eu lieu dans un **délai inférieur à six mois**, **10% entre six mois et un an**, et **20% il y a plus de deux ans**. Les internes plus « vieux » ont eu tendance à relater une erreur plus ancienne que les internes plus « jeunes » : en effet, **75% des internes en semestre supplémentaire** ont raconté une **erreur ayant eu lieu il y a plus de deux ans**.

2. Résumé des entretiens

Les tableaux suivants résument les principaux éléments apparus dans les entretiens. Les entretiens complets sont consultables dans les annexes [Annexe 5].

ENTRETIEN	ELTS PRINCIPAUX SITUATION CLINIQUE	RELATION avec INTERVENANTS	CSQS PATIENT	RESPONSABILITE	EVITABILITE
A	Douleur abdominale , homme 56 ans, pas ATCD Urgences, csrts similaires Clinique, Bio, ASP=Normaux Avis senior sans EC→ RAD , Revient état de choc Perforation diverticulaire	Senior urgences Réanimateur	3 chir abdominales 50 jours de réanimation	Oui Partagée	Oui Aide soignante Temps Espace Senior
B	Douleur dorsale et épigastrique , homme 50 ans Diabétique, VIH+, amputation orteil programmée Ttt douleur sans soulagé Hypotension bloc op→ECG=IDM→Réa→Décès ECG antérieur vu par anesthésiste=sus décalage ST	Réanimateur Chef de service	15 jours de réanimation Décès	Oui Partagée	Oui Clinique
C	Paresthésies des MI , femme 53 ans tabagique Urgences, csrts similaires Clinique normale, Avis senior EC bref→ RAD Cslt autre hôpital=Guillain-Barré ? Compression médullaire	Urgentiste autre hôpital	Nouvelle consultation Réanimation	Oui Entière	Oui Expérience
D	Tb de la csce , femme 90 ans, BPCO Gériatrie, Surdosage benzo rattrapé 2ème épisode→EEG= Etat de mal épileptique Appel réa→début ttt→aggravation→ avis réa différé Arrêt cardiorespiratoire→passage réa→Décès	Réanimateur	Réanimation 2 mois Soins palliatifs Décès	Oui Partagée	Oui Expérience
E	Fièvre , garçon 3 ans Urgences pédiatriques, csrts nombreuses Clinique=otite, hyperleucocytose , ECBU neg RAD avec ATB Cslt autre hôpital=Pneumopathie Convocation chef de service, lettre plainte parents	Chef de service	Nouvelle consultation	Oui Entière	Oui Biologie Temps Senior
F	Malaise , homme 60 ans, cancer bronchique Appel service pendant garde urgences Clinique normale, ECG normal →Hypotension orthostatique ? →Hydratation+Surv	Réanimateur	Décès	Oui Non évitement	Oui ?

	Décès 2 heures plus tard				
G	Deséquilibre anticoagulation , homme, bcp ATCD Médecine interne TCA allongé non vu , fait hors recommandations Suspicion hématome paroi, scanner en attente Hémorragie→passage réa→Décès	Chef de service	Réanimation Décès	Oui Partagée	Oui Biologie
H	Douleur abdominale , femme 70 ans, pas d'ATCD Urgences, pression senior Clinique normale, ASP mal réalisé normal Avis sénior sans EC→ RAD avec antalgiques Revient=sd occlusif sur infarctus mésentérique	Urgentiste	Chir abdominale Réanimation	Oui Partagée	Oui Radio Expérience
I	Insuffisance rénale , femme 70 ans, insuff cardio Maladies infectieuses, ttt érysipèle Aggravation insuff rénale→Avis réa Oubli arrêt digitaliques →Relais pacemaker Passage réanimation→Passage néphrologie	Réanimateur	Aucune Sauvée par pacemaker	Oui Entière	Non
J	Etat de choc , homme 60 ans, tabagique Appel service pendant garde urgences Début réanimation & sort chambre pour appel réa Réa pendant 1H, épanchement péricardique, appel chirurgien Passage bloc op→Décès avant chirurgie	Senior urgences Réanimateur	Décès	Oui Non évitement	Oui ?

ENTRETIEN	EMOTIONS	IMPACT PROFESSIONNEL	CONFIDENTS	SOUTIEN	REVELATION	JURIDIQUE	LE + DIFFICILE	AIDE
A	Choc Questionnements Pleurs Culpabilité	Remise en cause compétence Crainte douleurs abdominales Répétition ex cpltr, avis sénior	Seniorsx2 Co-internes Amis internes Fiancé non médecin	Adapté Insuffisant Analyse	Non revu Jamais Evitement	Bref	Csqs patient Culpabilité	Cours Debriefing terrain Groupes pairs Ne pas se sentir seul
B	Panique, peur Culpabilité Honte Pleurs	Altération image médecin Vérifications ex cpltr	Chef de service Co-internes Fiancé non médecin Proches	Adapté Insuffisant Impact perso	Non revu Partiel	Bref	Csqs patient Modification image	Discussion sénior
C	Questionnements Culpabilité Solitude Tb sommeil	Remise en cause compétence Amélioration clinique	Sénior Epouse médecin Tuteur Balint	Insuffisant Impact perso	Non revue Totalité	Bref	Absence discussion sur le vécu	Tuteur
D	Perdue Pleurs Tb sommeil Ruminations	Avis plus précoces Décision état réanimatoire Thèse sevrage benzodiazépines	Sénior Secrétaire Paramédical Amis médecins Proches	Insuffisant Soutien vis-à-vis autre soignant Tel	Non revue Jamais Evitement	Jamais malgré menace	Csqs patient Ruminations	Expérience Debriefing terrain
E	Culpabilité Atteinte fierté Ruminations	Altération image médecin Répétition ex cpltr Crainte erreur Amélioration clinique	Chef de service Mari non médecin	Inévaluable	Non revu Jamais	Jamais malgré plainte	Modification image	Discussion senior Groupes pairs Trace apprentissage
F	Questionnements Culpabilité Tb sommeil Ruminations Besoin de parler	Remise en cause compétence	Sénior Paramédical Amis internes Mari non médecin	Adapté Parfait	Non revu Jamais	Bref	Absence de réponse	Groupes pairs Séminaire erreur Ne pas se sentir seul
G	Culpabilité Atteinte fierté Echec	Altération image médecin Vérifications ex cpltr Thèse utilité ex cpltr	Chef de service Sénior Co-internes Fiancée médecin	Adapté Parfait Tel	Non revu Famille vue	Bref Menace famille	Csqs patient Modification image	Rien

H	Choc Colère Honte Angoisse	Remise en cause compétence Amélioration clinique Détachement pression sénior	Sénior Sénior autre hôpital 3 ans plus tard	Nul	Non revue Jamais Evitement	Bref		Analyse erreur Balint Groupes pairs Forum online Ne pas se sentir seul
I	Choc Ruminations	Vérifications prescriptions Vérifications interactions	Sénior Co-internes	Adapté Parfait	Revue Explications	Jamais		Debriefing terrain Groupes pairs
J	Questionnements Culpabilité Tb sommeil Ruminations	Peur, panique Avis sénior	Sénior Réanimateur Amis internes Fiancée non médecin	Insuffisant Impact perso	Non revu Jamais	Jamais	Csqs patient Absence de réponse	Debriefing terrain Forum online Groupes pairs

ASP=Abdomen Sans Préparation ; ATB=antibiotiques ; ATCD=antécédents ; Bcp=beaucoup ; BPCO=Bronchopneumopathie Chronique Obstructive ; Benzo=benzodiazépines ; Cslts=consultations ; Chir=chirurgie ; Csqs=conséquences ; Csce=conscience ; EC=examen clinique ; ECG=Electrocardiogramme ; EEG=Electroencéphalogramme ; Elts=éléments ; Ex Cpltr=Examens Complémentaires ; IDM=Infarctus du Myocarde ; Insuff cardio=insuffisance cardiaque ; MI=membre inférieur ; Neg=négatif ; RAD=retour à domicile ; Surv=surveillance ; Tb=trouble ; Ttt=traitement ; VIH=Virus de l'Immunodéficience Humaine.

3. L'histoire de l'erreur

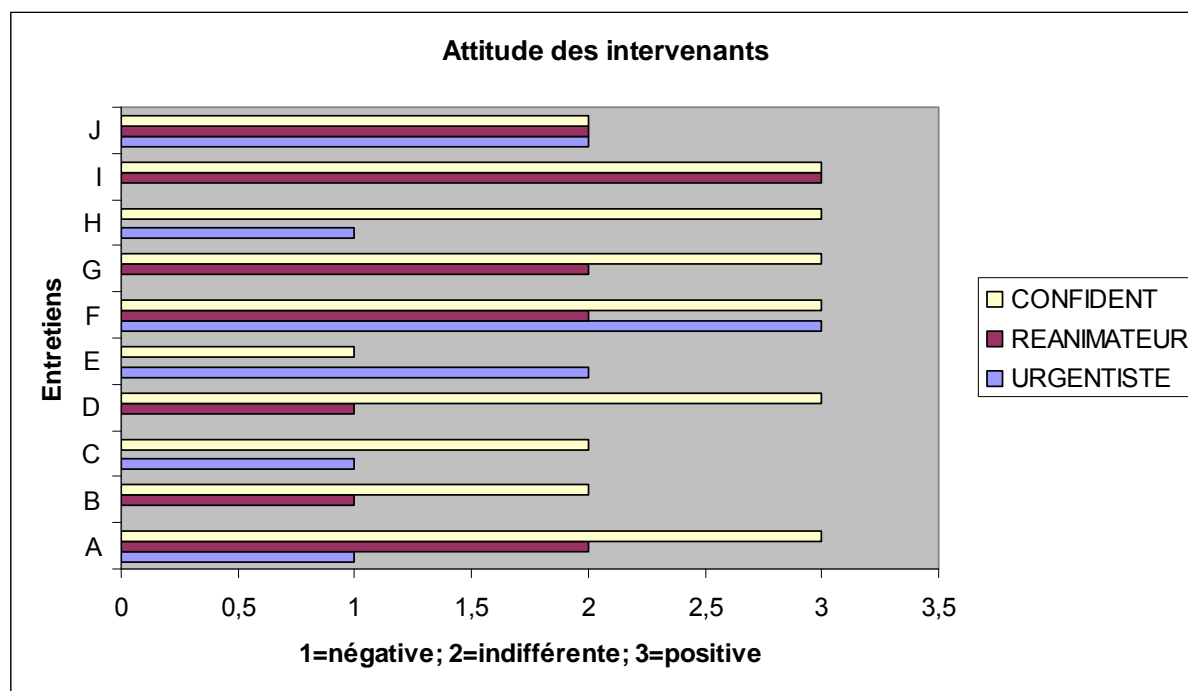
a) Les différents intervenants

La plupart des situations rencontrées dans les entretiens ont impliqué plusieurs professionnels de santé, de spécialités différentes, notamment des urgentistes et des réanimateurs. Tous les internes ont raconté de façon plus ou moins détaillée leur relation avec ces intervenants, ou la crainte qu'ils en avaient. Nous avons distingué les intervenants « externes » des confidents, sauf dans l'entretien J où les confidents et les intervenants externes étaient confondus. L'histogramme suivant montre l'attitude des différentes personnes impliquées dans chaque entretien.

Tout d'abord il est à noter que dans **70% des situations** relatées lors des entretiens, il y a eu l'intervention d'un **réanimateur** et dans **60%** des cas celle d'un **urgentiste**. Dans la majorité des cas, **60%**, les **confidents** avaient une **attitude positive** envers les internes, avec un soutien tout à fait adapté ; dans **30%** des cas, les internes décrivaient une situation plutôt d'**indifférence** et dans **10%** une **attitude négative**.

En ce qui concerne l'attitude des intervenants extérieurs, certains réanimateurs (29%) étaient décrits comme ayant des attitudes négatives envers les internes impliqués, la majorité (57%) était indifférente aux situations *«Il s'en foutait en fait, eux ils étaient venu le réanimer, ils n'avaient pas réussi et puis voilà. Je ne sais même pas s'ils ont regardé le dossier »* (F) et un seul (14%) a eu une réaction positive envers l'interne : *«Et après coup moi, j'étais vraiment choquée, je me suis excusée quinze fois auprès des réanimateurs, quinze fois ils m'ont dit « mais ne t'inquiète pas, ce n'est pas grave, ça arrive. Ta dame on ne sait pas trop ce qu'elle a, on ne comprend pas, on va la prendre dans le service de toute façon. Au moins tu t'en souviendras »* (I).

Les urgentistes impliqués dans les histoires racontés par les internes avaient une attitude négative dans 50% des cas, indifférente dans 33% des cas et positive dans 17% des cas.

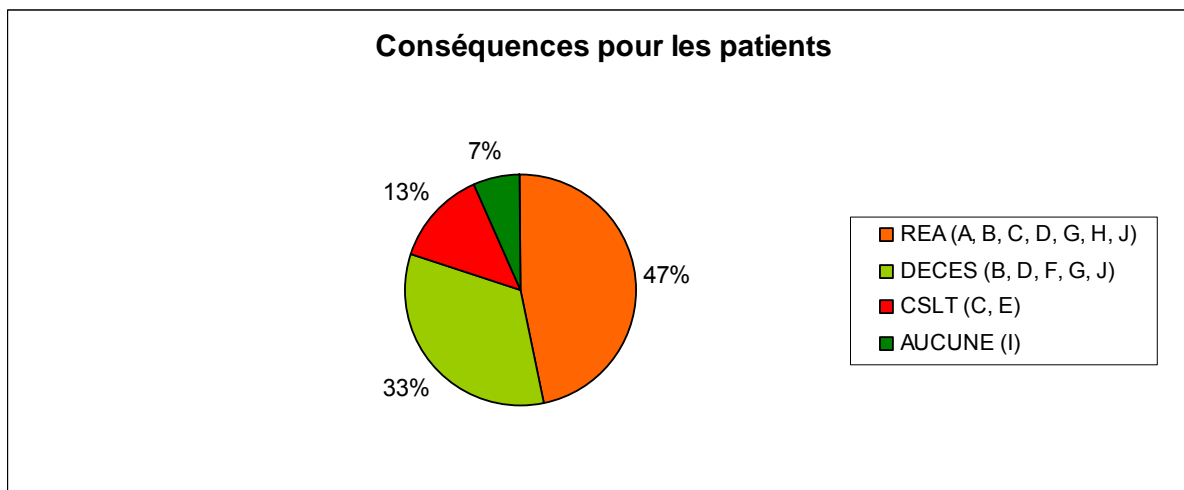


Il est à noter que dans deux entretiens (B, I) les relations avec les réanimateurs sont sources de crainte : « *Je n'osais plus descendre en réa pour faire le compte-rendu, j'avais peur de me faire incendier par les réa parce que j'étais passé à côté* », « *les réa sont arrivés, tu sais un peu, enfin comme les réa quoi, ils arrivent, ils sauvent le monde, ils sont dans leurs habits, à peine ils te regardent, ils te demandent le dossier* ».

Dans certains entretiens, les internes relatent une attitude très négative de certains soignants et ont fait l'objet de critiques de leur part : « *Tu t'es complètement planté, il faut que tu apprennes à examiner les patients* » (C), « *je suis revenue le lendemain matin, je me suis faite engueulée par le réanimateur du jour [...] qu'est-ce que tu as foutu ?* » (D), « *Je me suis vraiment fait passer un savon* » (E), « *un des chefs me saute dessus, qui était de toute façon quelqu'un d'un peu bougon et il me balance d'un air hargneux « ouais ta douleur abdominale de l'autre jour, c'est n'importe quoi, la dame est revenue elle était en occlusion, c'était un infarctus méésentérique, on lui a enlevé les trois quarts du colon, elle a failli y passer, c'est de ta faute »* » (H).

b) Conséquences pour les patients

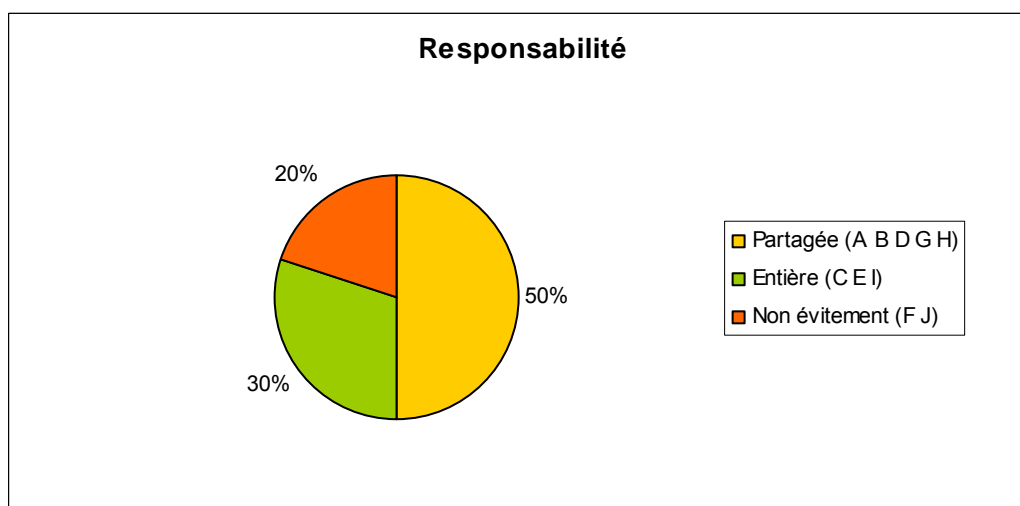
La grande majorité (90%) les événements décrits dans les entretiens ont eu des **conséquences importantes** pour les patients, comme le montre le schéma suivant :



En effet, près de la moitié des patients impliqués, 47%, ont été transférés en réanimation ou ont subi des manœuvres de réanimation dans leur service et 33% des patients sont décédés. 13% des patients ont consulté de nouveau, dans un autre hôpital. Seul un patient, 7%, n'a subi aucune conséquence suite à l'erreur décrite par l'interne.

c) Responsabilité de l'interne

Tous les internes interviewés se sentaient responsable de l'erreur, que ce soit entièrement ou partiellement.



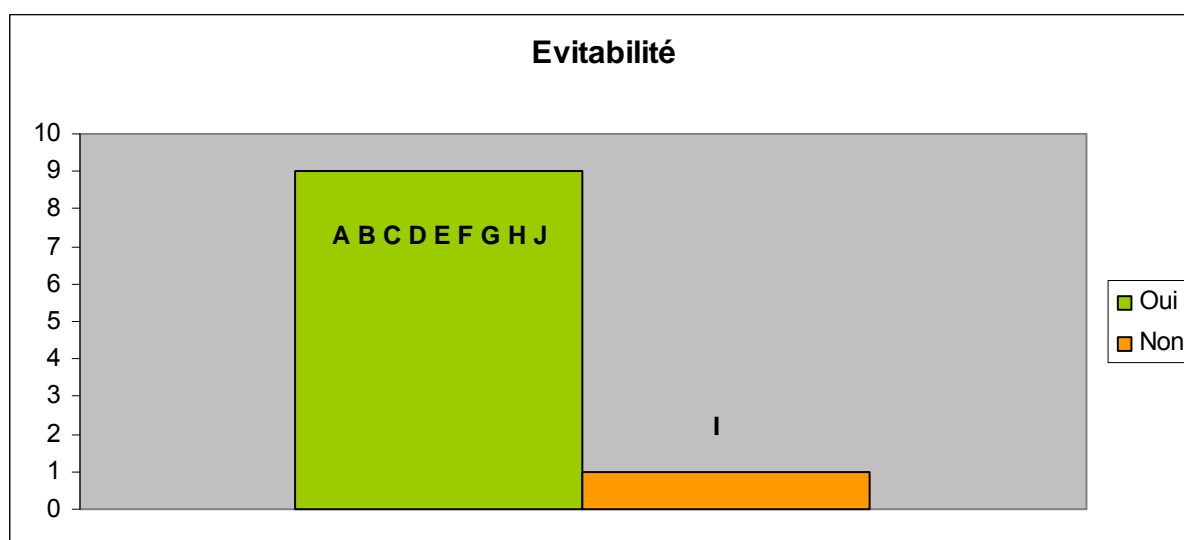
Deux internes (F, J) se sont sentis responsables car ils ont eu l'impression de ne pas avoir empêché le décès de leurs patients respectifs, sans pouvoir décrire une réelle erreur. Nous avons nommé cette impression « non évitement ». Il s'agit de deux

situations assez proches, où les internes sont appelés dans un service d'hospitalisation traditionnelle lors d'une garde aux urgences. Dans l'entretien F le patient fait un malaise, l'interne évalue la situation et met en œuvre un traitement pour une hypotension orthostatique mais il apprend quelques heures plus tard que le patient est décédé. Dans la situation décrite dans l'entretien J, l'interne est appelé pour un état de choc, il débute une réanimation et est rejoint par l'urgentiste de garde puis le réanimateur, mais le patient décède. Dans ces deux histoires, où les internes ont un contact très bref avec le patient, la culpabilité est très grande, alors qu'il a été difficile pour nous de dire à quel moment ils ont l'impression d'avoir fait une erreur. Eux-mêmes ne peuvent le dire exactement, mais ils ont néanmoins l'impression d'avoir une grande responsabilité dans le décès de leur patient.

Par ailleurs, un interne (H) fait la distinction entre responsabilité morale et légale : « *Moralement je suis responsable parce que je ne vais pas me cacher derrière un chef ou l'inaptitude d'une manip radio. Moralement je suis responsable. Légalement c'est mon chef, à partir du moment où je l'ai sollicité et il n'a pas voulu me répondre* ».

d) Évitable

La plupart des internes interviewés (90%) ont pensé que leur erreur était évitable, même si les deux internes cités précédemment (F, J), qui n'ont pas pu éviter le décès de leur patient, ne savent pas ce qu'ils auraient pu faire de plus.



L'erreur aurait été évitable selon eux, grâce à une prise en charge différente. Les principales notions révélées sont recueillies ci-dessous :

Plus de temps	2	A E
Plus d'espace	1	A
L'aide d'un sénior	2	A E
Meilleur examen clinique	1	B
Plus d'expérience	3	C D H
Examens complémentaires	3	E G H
Ne sait pas	2	F J

Les notions de temps et d'espace sont apparues pour des situations ayant eu lieu **aux urgences** : les internes pensent que **le manque de temps** ou d'espace ont **joué dans l'apparition de leur erreur** : « *une journée où il y a plein de monde ça ne demande pas juste 3 minutes pour pouvoir réinstaller le patient et le réinterroger. Ça demande un certain temps : s'il y avait eu plus d'espace, j'aurai peut-être pris le temps.* » (A), « *Plus la salle d'attente se remplissait, plus ça me stressais et plus il fallait que j'aie vite. Il fallait que je finisse au plus vite pour pouvoir souffler un peu parce que je voyais que j'allais passer toute la nuit comme ça [...] Je pense que si les urgences n'avaient pas été engorgées par des bêtises, parce que c'est un peu ça, si j'avais eu le temps j'aurai sûrement été un peu plus sympa et plus attentive. J'aurai pris le temps de regarder un peu plus.* » (E).

Ils sont bien conscients que le manque de temps est lié à une pression pour aller plus vite dans le cadre des urgences, une contrainte qu'ils se sont peut-être imposée eux-mêmes, sans que personne ne leur ait dit explicitement d'accélérer. Cependant, même si l'on ne nous dit pas d'aller vite, c'est implicite lorsque l'on travaille dans un service d'accueil des urgences : cela fait parti du « hidden curriculum ».

D'autres internes pensent que **l'aide d'un sénior aurait pu éviter leur erreur** : « *Et l'autre facteur c'était que j'étais avec un chef qui n'avait pas spécialement envie de m'aider ce jour là. Quand je suis arrivée, il m'a dit en rigolant « si tu n'as pas de problème tu ne me demandes pas, si tu as un problème tu ne me demandes pas » donc c'était en gros tu te débrouilles. Dans la même journée j'ai eu un geste à faire que je ne savais pas faire, il a fallu que je le supplie 4 fois pour qu'il vienne me voir. Si j'avais été avec un autre chef, j'aurai peut-être plus répondu à « l'appel » de l'aide-soignante* » (A), « *si j'avais été mieux supervisée je n'aurais peut-être pas fait ça* » (E).

L'expérience dont aurait souhaité bénéficier les internes pour éviter leur erreur, est liée soit à une **meilleure expérience clinique** « *je n'avais pas l'histoire de la maladie qui rentrait en compte alors que maintenant, avec l'expérience, l'histoire de la maladie rentre en compte. Je n'aurai peut-être pas géré la chose de la même manière* » (C), soit à une **meilleure expérience pour prendre des décisions seuls** et sans pression des

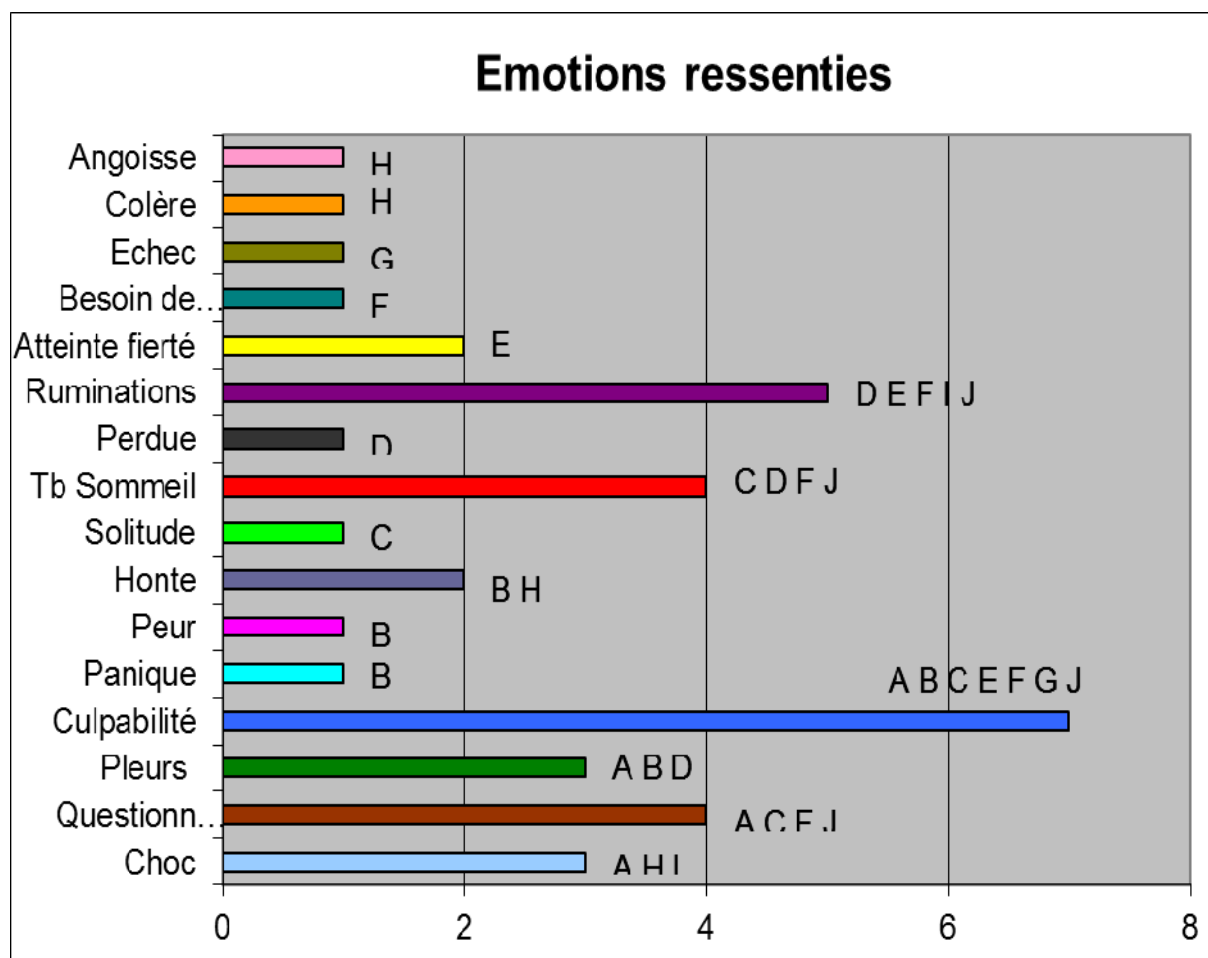
supérieurs : « *j'aurai du écouter ce doute, au lieu d'être pressée par le temps et d'avoir au dessus de moi des gens qui veulent absolument que je fasse sortir les gens, cette espèce de pression de l'urgence où tu dois faire le tri entre le grave et le pas grave* » (H).

En ce qui concerne les examens complémentaires, certains internes pensent que s'ils avaient prêté plus d'attention aux **examens biologiques** ou si, pour un d'entre eux, il avait eu les **examens radiologiques** qu'il avait demandés, ils auraient pu éviter leur erreur.

4. Conséquences pour l'interne et soutien

a) Les émotions ressenties par les internes

Les entretiens ont permis aux internes de décrire le vécu de leur erreur avec plusieurs mois de recul, parfois même plusieurs années, en relatant spontanément ou lorsque nous leur demandions, leurs émotions. Celles-ci ont été relevées dans les entretiens :



Abréviations : Besoin de parler, Questionnements

La **culpabilité** est donc le sentiment qui est apparu le plus fréquemment dans les entretiens, par exemple « je m'en suis vachement voulu » (B), « Voilà ça me reste toujours, ça reste derrière l'oreille, dans un petit bout de cerveau et ça me culpabilise » (C), « J'ai hyper culpabilisé » (F).

D'autres notions comme l'**angoisse** « Et ça m'a fait l'effet d'un électrochoc [...] Et puis super angoissée quoi » (H), la **peur** « j'avais peur de ce qui pouvait me reprocher » (B), la **solitude** « j'ai vraiment senti ce sentiment d'abandon, de solitude. D'être tout seul dans ce monde, dans les connaissances médicales, d'avoir été submergé par ça » (C), et le

sentiment d'être perdu « *donc moi j'étais complètement perdue* » (D) n'ont été cités qu'une seule fois.

Les réactions physiques telles que les **troubles du sommeil** ont été décrites aussi bien par les internes masculins que féminins « *pendant une ou deux nuit j'ai eu du mal à m'endormir* » (C), mais seules les internes de sexe féminins ont dit **avoir pleuré** en réaction à leur erreur : « *après j'en ai parlé à mon fiancé qui n'est pas du tout en médecine mais qui a dû subir mes pleurs pendant une semaine* » (A), « *je suis rentrée chez moi et j'ai pleuré et pleuré. J'étais trop mal, je ne savais pas quoi faire...* » (B), « *Et donc je suis rentrée chez moi et ça été très très dur, je n'ai pas dormi de la nuit, j'ai pleuré toute la nuit* » (D).

Le fait de **ressasser leur erreur** et le scénario a été vécu par la moitié des internes, notamment les deux internes qui ont se sont beaucoup questionnés sur leur rôle dans la gestion de la situation et les moyens qu'ils auraient pu mettre en œuvre pour éviter le décès de leur patient (F, J) : « *Ba j'y pensais et je ne pouvais pas m'empêcher d'en parler. Il fallait que j'en parle, quand je voyais quelqu'un il fallait que j'en parle. J'essayais de me faire rassurer par tout le monde dès que je pouvais [...] Ce n'est pas non plus 100% sûr que j'ai fait une erreur mais ça continue de me trotter dans la tête, je me repasse l'histoire pour essayer de savoir ce que j'aurais pu faire en plus* » (F), « *Au début j'y pensais tout le temps et maintenant ça m'arrive d'y repenser oui. Quand je suis le soir comme ça, quand je regarde des trucs à la télé, s'il y a des urgences et tout. C'est anodin, un mec est en train de mourir, ils sont là en train de le masser, ça fait tilt. Oui j'y pense tout le temps* » (J).

b) L'impact professionnel

En dehors des émotions personnelles et des réactions physiques à l'erreur, les internes ont mis en œuvre des changements dans leur pratique ou ont vécu un changement de regard, passager, sur leur propre rôle de médecin :

CONSTRUCTIF		B C D E G H I
	Vérifications	B G I
	Amélioration clinique	C E H
	Décisions précoces	D
	Thèse	D G
	Détachement pression	H
DEFENSIF		A B C E F G H J
	Remise en cause compétence	A C F H
	Crainte symptôme/diagnostic	A
	Répétition examens cplt	A E
	Avis sénior	A J
	Altération image médecin	B E G
	Crainte erreur	E
	Peur, panique	J

Comme dans le questionnaire, ces changements ont été classés en deux catégories: constructifs ou défensifs. Il est important de noter que **50% des internes ont eu des réactions à la fois constructives et défensives**. Les internes A, F et J n'ont eu que des réactions considérées comme défensives et les internes D et I n'ont eu que des réactions constructives au niveau professionnel. Voici quelques exemples :

« *j'ai essayé d'être plus rigoureuse: à chaque fois que je faisais un examen complémentaire je me forçais vraiment à vérifier et être sûre que j'avais vraiment vu le résultat en temps et en heure* » (B)

« *C'est-à-dire que maintenant je suis beaucoup plus attentive à ce genre de détail, de contrôler la biologie etc ; Je me suis rendu que je vérifiais beaucoup plus la biologie qu'avant* » (C)

« *J'en ai tiré comme leçon de faire attention et d'un peu plus examiner les enfants, me pencher plus sur les examens complémentaires* » (E)

« *Je me remets en question sur les douleurs abdo. C'est plutôt ça que ça a modifié. Avant je palpais le ventre une fois, maintenant je dois le faire 4 fois* » (A)

« *je ne parlais que de ça et du coup pour le coup j'ai vraiment fait une connerie parce que je n'étais pas bien, j'étais complètement...Il y avait un patient BPCO qui dé-saturait et je lui ai trop mis d'oxygène et il a fait l'hypercapnie* » (F)

« *Mais les douleurs abdominales que je voyais après ont eu le droit à tous les examens possibles et imaginables et il n'y en a pas un qui ressortait de chez moi en ayant encore mal. C'est clair* » (H)

« *à la suite de ça, à chaque fois qu'on m'appelle dans un service j'y vais la boule au ventre. Je n'ai vraiment pas envie d'y aller, je préviens toujours le sénior avant, et voilà* » (J)

Sept internes ont remis en cause leur compétence en tant que médecin ou ont senti une altération de leur image de médecin : « *C'était une mort évitable...et une mort évitable ce n'est pas dans l'image du médecin que je voulais être...* » (B), « *en tant que médecin parce que je me suis dit que je n'avais pas été compétente* » (E), « *J'ai complètement merdé dans ma mission de médecin, dans celle d'aider les gens. J'ai fait l'inverse de ce que tu es censé faire* » (G).

L'impact professionnel a permis à deux internes (D, G) de **développer leur réflexion sous forme de thèse** de médecine en partant des constatations faites lors de leur erreur ou en s'inspirant des patients rencontrés.

Il est à noter que d'autres internes avouent avoir une **crainte persistante de faire une erreur** depuis l'épisode qu'ils relatent : « *Mais j'aurai toujours dans ma carrière la crainte de faire une erreur* »(E), « *il y a toujours un moment où j'écris quelque chose pour couvrir ma gueule* » (H).

c) Les confidents

Tous les internes ont eu au moins un interlocuteur, que ce soit un membre du personnel médical, dont le sénior qui supervisait lorsqu'ils ont commis l'erreur, ou des proches. Nous avons distingué le sénior référent des autres soignants.

Sénior/référent	A C D F G H I J
Chef de service	B E G
Co-interne	A B G I
Amis internes	A D F J
Epoux(se)/Fiancé(e) Médecin	C G
Epoux(se)/Fiancé(e) Non Médecin	A B E F J
Proches	B D
Tuteur	C
Balint	C
Secrétaire	D
Paramédical	D F
Autre personnel médical	A H J

Les « autre personnel médical » étaient les réanimateurs impliqués dans la réanimation des patients des entretiens A et J. L'interne H s'est confié à un médecin urgentiste d'un autre service que celui où il avait travaillé au moment de l'erreur, et ce, trois ans après les faits.

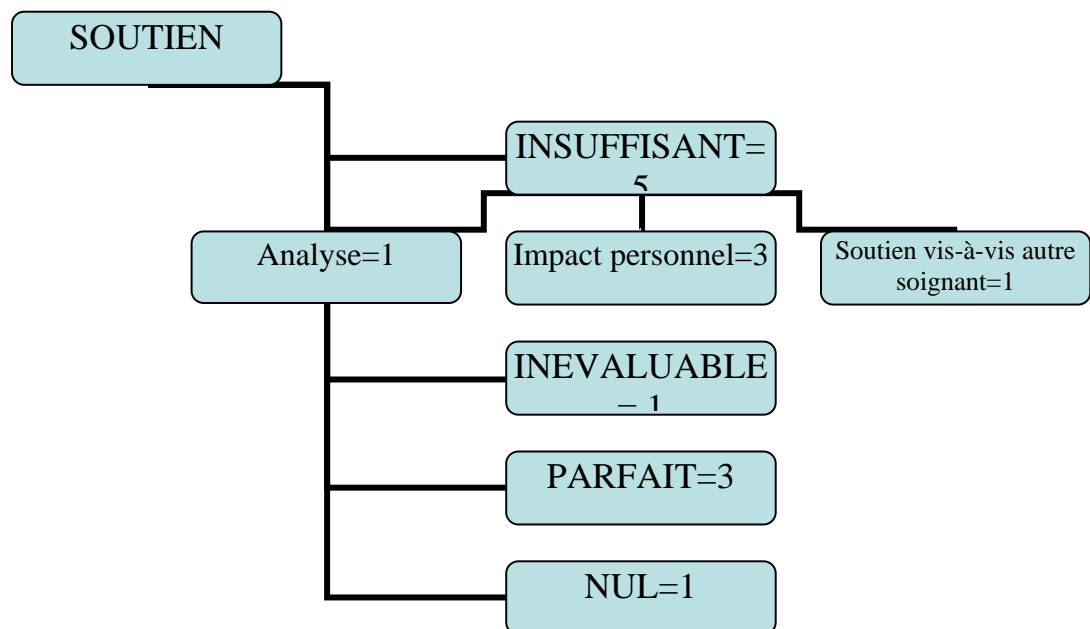
80% des internes ont impliqué leurs proches. La plupart d'entre eux ont précisé si ceux-ci étaient médecin ou non, mais il ne semble pas y avoir de différence entre le

soutien apporté par ceux qui auraient pu avoir une compréhension de la situation médicale plus importante, et celui apporté par ceux qui n'étaient pas médecin. Par ailleurs, **lorsqu'ils analysent ensuite si le soutien qu'ils ont reçu était suffisant, ils ne parlent que de leur référent médical et non de leurs proches.**

Seul un interne a évoqué le sujet avec son tuteur et lors d'une séance Balint.

d) Le soutien

Le **soutien apporté par les référents médicaux** a été jugé **insuffisant par 50%** des internes (A, B, C, D, J), **parfait par 30%** (F, G, I), **nul par 10%** (H) et **inévaluable par 10%** (E) qui n'a parlé qu'à sa chef de service qui l'a convoquée et qui ne sait pas si elle a été défendue par celle-ci auprès des parents de son patient.



Pour les internes qui ont trouvé le soutien insuffisant, un aurait souhaité **plus d'analyse** de la situation « *J'aurais voulu qu'on en discute mais pour lui c'était tellement évident, il n'a pas détaillé la chose* » (B) et de l'erreur, trois auraient souhaité évoquer leur **vécu personnel** de la situation avec leur confident « *moi je n'étais pas du tout rassuré, j'avais encore besoin d'en parler, j'étais encore très mal et à ce moment là il n'était plus présent. Donc il n'y a vraiment pas eu de soutien, d'explication, de débriefing. C'était juste un constat, on reprend les données, c'est ça/c'est pas ça bon ba voilà. Il s'est vraiment intéressé à l'aspect purement médical et pas du tout à ma vision des choses et à mon ressenti. C'est surtout ça qui m'a gêné, c'est qu'il ne s'est pas du tout intéressé à mon ressenti de la*

situation mais à l'aspect purement médical et factuel » (C), « juste de ce qui c'était passé. Ils m'ont dit «ne t'inquiète pas, c'est des choses qui arrivent, tu vas faire avec, ce n'est pas ton premier, ce n'est pas ton dernier, t'en rencontrera d'autre, tantôt tu feras des erreurs, tantôt tu n'en feras pas ». C'est horrible quand on te dit « tu feras des erreurs ». Ce n'est vraiment pas bien, ça t'enfoncé encore plus. Ouais sinon l'aspect psy on n'en a pas du tout parlé non » (J).

Un interne aurait souhaité que son référent médical, qui par ailleurs l'a soutenu, le **défende** auprès des réanimateurs impliqués dans l'erreur : *« Et ma chef me soutenait mais elle n'a jamais pris le téléphone pour répondre au réanimateur » (D).*

Il est à noter que deux internes ont ou aurait eu la possibilité de parler avec leur référent médical au téléphone en cas de besoin : *« D'ailleurs elle m'avait appelé le soir chez moi à 22h30 quand je suis rentrée pour me demander comment ça c'était passé et elle tenait vraiment à ce que je lui en parle le soir même » (D), « Je suis allé voir le chef de service, on en a parlé tous les deux assez longuement, il m'a donné son numéro de portable » (G).*

e) Révélation au patient ou à la famille

La majorité des internes (90%) n'a pas revu le patient dont ils s'étaient occupés lors de l'erreur. Seul un interne, de l'entretien I, a révélé à sa patiente qu'il avait commis une erreur : selon l'interne, la patiente n'a pas tellement compris qu'il avait fait une erreur car elle a dû être transférée dans un autre service et était plus perturbée par cette nouvelle que l'annonce de l'erreur de son médecin.

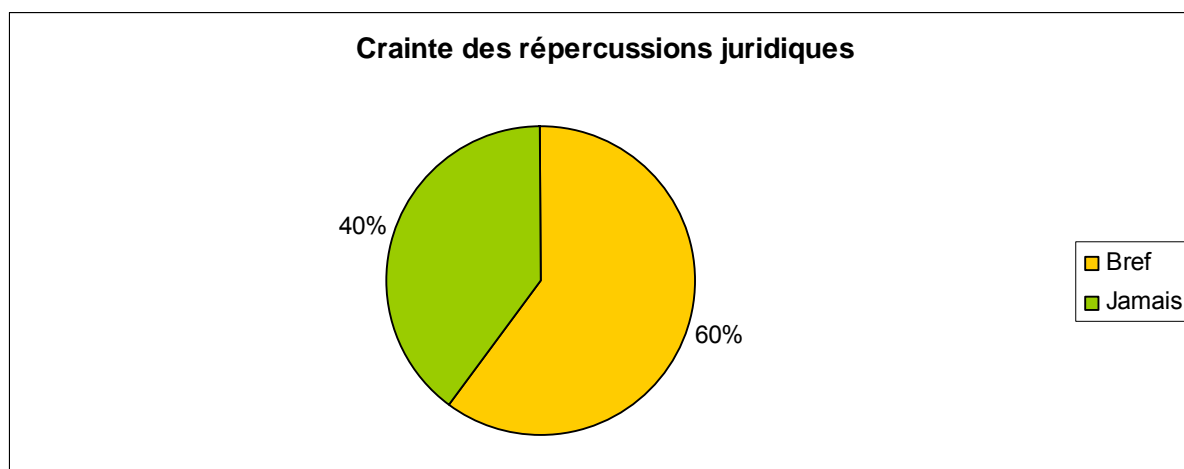
Cependant, plusieurs internes (D, E, G) ont été en contact avec les familles de leur patient, soit au moment des faits (D, G) ou par courrier interposé à distance de l'épisode relaté (E). S'ils avaient eu l'occasion de revoir leur patient ou la famille des patients dont ils s'étaient occupés, **la plupart des internes (60%) n'auraient pas souhaité discuter de leur erreur avec eux** : *« J'avais plus envie de me terrer dans un coin et de partir. Et surtout je n'avais vraiment pas envie de croiser la famille, je me disais « mais qu'est-ce que je vais leur dire ? ». C'était surtout ça qui m'angoissait » (A), « Qu'est-ce que ça va lui apporter de savoir ça ? Rien. Ça va soulager notre conscience et lui va se sentir encore plus mal » (F), « Si j'avais fait une erreur, à posteriori, honnêtement non, je ne lui aurais pas dit « ba voilà j'ai fait une erreur ». Sincèrement non, je ne pense pas que je l'aurais fait. Juste revoir ses symptômes, revoir ce qu'il avait ressenti et comprendre*

comment c'est arrivé. C'est surtout ça, comprendre »(J).

Une interne (B) aurait souhaité revoir le patient et dit qu'elle aurait révélé de façon partielle son erreur « *enfin je ne lui aurais peut-être pas dit que c'était de ma faute, je n'aurais pas été aussi honnête. Je lui aurais dit que le cœur n'était pas assez solide avant l'opération* » et l'interne de l'entretien (C) aurait tout expliqué à la patiente s'il avait eu l'occasion de la revoir : « *Oui, je lui aurai dit que je m'étais trompé dans le diagnostic. Oui honnêtement je lui en aurai parlé, j'aurai dit que c'était un diagnostic qui est rare et que je m'étais trompé. [...] Peut-être aussi pour me dédouaner un peu, pour me déculpabiliser et aussi parce que aussi j'estime que le patient a le droit de savoir les choses, et aussi parce que c'est honnête de dire qu'on s'est trompé et il ne faut surtout rien cacher* ».

f) La crainte des répercussions juridiques

Nous avons interrogé les internes sur leur crainte vis-à-vis d'un éventuel procès à cause de leur erreur.



60% des internes ont eu une crainte brève d'avoir des répercussions juridiques de leur erreur : « *Ca m'a traversé l'esprit sur le coup, mais après ce n'était vraiment pas ce qui m'inquiétait. C'était plutôt le fait que j'ai détruit une famille. A la limite on m'aurait fait un procès, j'aurais été d'accord* » (A), « *La crainte d'un procès, pas du tout...ou alors peut-être que si, à un moment, je me suis vu derrière les barreaux, dans un rêve, mais je ne l'ai pas verbalisé, je ne l'ai pas formulé. Si j'ai dû me voir derrière les barreaux mais sans que ça m'ait traumatisé* » (C).

40% n'y ont jamais pensé, alors que 50% d'entre eux avaient eux des menaces de plainte par la famille des patients : « *La fille est revenue nous voir dans le service pour*

nous accuser de ne pas avoir transféré sa mère en réanimation assez tôt, elle a dit qu'elle ferait un procès mais apparemment il n'y a pas eu de suites » (D). Un autre interne a été menacé de répercussion juridique par la famille du patient : « C'est surtout quand le fils est revenu après, et qu'il était vraiment très très en colère, et puis on m'a dit « de toute façon s'il y a un procès on règlera ça dans le tribunal » » (G).

g) Ce qui a été le plus difficile pour les internes

Comme dans les questionnaires, nous avons interrogé les internes sur ce qui avait été le plus difficile pour eux. Deux internes n'ont pas bénéficié de cette question (H, I). Le tableau suivant résume les principales notions apparues dans les entretiens :

Conséquences pour le patient	A B D G J
Culpabilité	A
Modification image	B E G
Absence discussion	C
Ruminations	D
Absence de réponse	F J

La moitié des internes évoquent les conséquences pour les patients en premier lieu puis une autre notion. Pour l'interne E, qui avait jugé que les conséquences pour son patient avaient été peu importantes, le plus difficile a été la remise en cause de ses compétences et la modification de son image en tant que médecin. Les deux internes des entretiens F et J ont été marqués par l'absence de réponse aux questions qu'ils se sont posées sur leur prise en charge et le fait qu'ils ont eu l'impression de ne pas empêcher le décès de leur patient.

h) Ce qui a ou aurait pu aider les internes, ce qu'ils proposent pour améliorer notre formation.

50% auraient souhaité ou pensent que ce qui est essentiel est la **discussion sur le terrain** de l'erreur : l'analyse de ce qui a mené à cet événement et ce qui peut être fait pour ne pas recommencer :

« Ce qu'on m'a toujours dit c'est que pour éviter de faire des erreurs, il faut toujours faire des « débriefings ». C'est vrai qu'il n'y en a pas tellement. C'est vrai que les groupes Balint ça permet de faire le point sur certaines choses, mais pour l'erreur même on devrait faire des débriefings. Il paraît que dans l'aéronautique ils font des débriefings après chaque erreur

d'un pilote. On devrait faire la même chose en médecine, en reparler avec chaque personne qui était là : discuter de ce qui a été fait, pourquoi on a fait l'erreur, ce qu'on aurait pu faire pour ne pas faire d'erreur. Mais pas forcément à la fac, plus dans le service où ça se passe, sur le terrain » (D), « Je pense qu'un chef qui aurait été capable de m'expliquer où était mon erreur, clairement, techniquement, avec des mots de médecine, pas en me gueulant dessus comme un chartier »(H).

Peu d'internes évoquent une formation « formelle » à la faculté. La demande la plus forte (60%) est pour la discussion avec des **groupes de pairs**, pour discuter du vécu de la situation ou exposer leur erreur pour éviter à leurs pairs de faire la même erreur qu'eux : « Qu'on se pose cinq minutes devant un café et qu'on discute de mon ressenti pour le coup. Qu'on voit les choses non pas sur le plan factuel, mais sur le plan de comment j'ai ressenti les choses » (C).

Formation fac	A E F
Debriefing terrain	A D H I J
Groupes de pairs	A E F H I J
Discussion	B C E
Tuteur	C
Expérience	D
Rien	G
Balint	H
Forum	H J

Deux internes proposent la mise en place d'un **forum de discussion** par internet, pour que les internes puissent également raconter leurs erreurs et rechercher de l'aide s'ils sont très marqués au niveau personnel et professionnel : « Et une hotline pour les étudiants, ou une mailing liste, ou un forum, n'importe quoi où on puisse, même si on n'a pas de groupe Balint sous la main et qu'on a la trouille, juste envoyer un email à quelqu'un qui serait un référent « bobo la tête interne » (H), « Ce qui serait bien c'est qu'il y ait un truc, que quand un interne ou un chef fait une erreur ou pense qu'il a fait quelque chose de pas bien, ou qu'il s'est trompé ou quelque chose comme ça, justement qu'il le dise, ou qu'il le mette sur un site. Ou à la fac. Pour justement ne pas faire la même erreur » (J).

Quelques internes expliquent que s'ils souhaitent discuter de leur erreur avec d'autres internes, c'est surtout pour **ne pas se sentir seuls** et que les autres se rendent compte qu'ils ne sont pas seuls à avoir commis une erreur durant leur formation : « on était 20-25 et finalement on avait tous fait des erreurs » (A), « Mais plutôt des groupes où on discute, pas des cours, il n'y a rien à apprendre, il n'y a rien de technique.

Mais qu'on en parle pour qu'on se rende compte que tout le monde en fait » (F), « Je me suis sentie moins seule, je suis pleine de défauts et pleine d'imperfection et ça me rassure quand je sais que je ne suis pas la seule » (H).

Plusieurs internes disent que leurs seniors parlent de leurs erreurs, mais en les minimisant, peut-être dans le but de les rassurer, mais les internes soulignent le fait que ceci ne leur apporte peu : *« On nous a jamais appris à se remettre en question parce qu'on n'est pas formé pour rater donc on n'est pas censé savoir gérer des erreurs parce qu'on n'est pas censé en faire. Alors que pendant tout notre cursus, dans tous nos stages, ils nous disent tous « oh on a tous nos morts derrière nous, on a tous notre cimetière ». C'est censé nous rassurer en nous disant que si on tue quelqu'un ce n'est pas grave, de toute façon tous les médecins tuent des gens. Mais au final on ne nous parle pas vraiment » (E), « les peu de fois où j'en ai entendu parler c'est soit de très très grosses erreurs, genre, je ne sais pas moi, un mec vient, il a le bras cassé de partout et il repart avec du paracétamol. C'est soit ça, soit on dénigre complètement l'interne, ou le chef, « il a fait une prise en charge bidon, il est nul, je ne sais même pas pourquoi il est médecin ». On n'en parle pas assez du...parce qu'en fait on fait des erreurs et on en fera parce que c'est le métier qui veut ça aussi, mais justement il faut qu'on apprenne de nos erreurs et on ne nous en parle pas du tout. On peut en parler entre potes, mais avec les chefs on n'en parle jamais, et on nous dit « attention les procès, il faut tout écrire dans le dossier » » (J).*

5. La réflexivité immédiate

Après chaque entretien, j'ai noté mes impressions sur une fiche que nous avons nommée réflexivité immédiate. Ces fiches ont beaucoup évolué au fur et à mesure que je réalisais les entretiens. Lorsque je suis sortie du premier entretien, il me semblait qu'il manquait beaucoup de choses, ce n'était pas du tout naturel. Je débute comme « intervieweuse ». Au fur et à mesure, j'étais plus à l'aise, j'en ai même oublié de regarder mon guide d'entretien ce qui explique que j'ai oublié une question pour les internes H et I (Qu'est-ce qui a été le plus difficile ?). Les entretiens sont devenus pour moi, comme une simple conversation. Cela a aussi été facilité par le fait que je connaissais personnellement certains des internes interviewés. Cependant, j'ai eu un sentiment de frustration durant l'un des entretiens avec un interne proche : plutôt qu'une conversation entre amies, j'ai eu l'impression que le dictaphone créait une certaine distance entre nous. Et puis comme noté dans cet entretien en annexe, à la minute où j'ai éteint le dictaphone, toute la pudeur et les restrictions de l'interne interviewé ont disparues et les vrais sentiments sont apparus.

Cette étude m'a aussi apporté beaucoup en tant qu'interne, car j'ai également fait des erreurs, notamment celle qui a motivé ce travail [Annexe 1]. Je me suis sentie obligée de me justifier auprès des internes interviewés, d'expliquer les raisons pour lesquelles je faisais cette étude et de leur raconter ma propre expérience. Peut-être cela leur a permis de ne pas se sentir jugé, vu que la personne qui les interviewait avait été à la même place qu'eux. Toutes les situations rencontrées dans les entretiens sont différentes de la mienne, que ce soit au niveau de l'erreur elle-même ou de son vécu, mais il est facile de se mettre à la place de l'autre lorsqu'on a été soi-même impliqué dans une erreur.

Les fiches de « réflexivité immédiate » ont surtout révélé que trois entretiens ont été très marquants pour moi. Tout d'abord les entretiens F et J : je ne comprenais pas où était l'erreur des internes, mais ils étaient tellement impactés par ce qui s'était passé que je n'ai pas pu rester insensible à leur histoire. L'entretien H où l'interne était d'une honnêteté incroyable, et me semblait tellement passionnée par son métier a également été très intéressant et je me suis sentie très satisfaite de cet entretien.

Ce n'est que plus tard que je me suis rendue compte que j'avais oublié de lui poser une question.

IV. Discussion

A. A propos des résultats

1. L'impact de l'erreur médicale

Notre principal propos était de mesurer l'impact des erreurs médicales chez les internes de médecine générale. Plus les conséquences étaient graves pour le patient, plus les internes étaient impactés. Ce résultat est comparable à celui d'Aasland [12] où 11% des médecins interrogés qui pensaient avoir commis une erreur grave, trouvaient plus difficile de travailler après celle-ci. Notre questionnaire nous a également permis de montrer qu'il n'y avait pas de lien entre le caractère évitable ou non des erreurs et son impact: peu importe si les internes auraient pu éviter leur erreur, celle-ci était faite, donc ils étaient marqués. De la même façon, peu importe leur degré de responsabilité, les internes étaient marqués quelque soit leur rôle présumé dans l'erreur. Ce résultat est différent de celui trouvé par Engel [13] qui avait interviewé 36 résidents d'un hôpital universitaire : plus ils avaient l'impression d'avoir une part de responsabilité dans l'événement, plus ils étaient impactés. Bien que nos résultats ne concernent que les internes de médecine générale de Paris Diderot, il nous semble qu'ils peuvent certainement s'appliquer à tous les médecins en formation : étudier l'impact des erreurs chez les internes de spécialité médicale ou chirurgicale, selon leur caractère évitable ou non ainsi que le degré de responsabilité estimé par les internes, nous permettrait de mieux comprendre ce qui manque à notre formation sur l'erreur médicale.

La répartition des internes selon le temps écoulé depuis l'erreur montre qu'ils ont répondu à notre questionnaire parce qu'il s'agissait soit d'un événement très récent soit d'un événement ancien. Ceci s'est vérifié dans les entretiens. Le délai depuis les erreurs rapportées par les internes allait de six mois à plus de deux ans : Christensen [14] a en effet montré que la culpabilité, la peur et la colère en réponse à une erreur médicale peuvent persister durant une période allant de quelques jours à quelques années. Etant donné que le troisième cycle du DES de médecine générale ne dure que trois ans, les erreurs ayant eu lieu il y a plus d'un an sont donc relativement lointaines par rapport à la durée totale de la formation du DES (les

erreurs survenues il y a un an chez des médecins confirmés seraient considérées comme récentes). Cependant elles suscitent toujours assez d'interrogations pour répondre à cette étude. Il semble donc important de reconnaître ce phénomène pour éviter de laisser des séquelles émotionnelles s'installer chez des médecins qui sont encore en formation.

Les entretiens ont permis de préciser que 70% des internes avaient ressenti une altération de leur image et une remise en cause de leur légitimité en tant que soignant, ce qui n'avait jamais été mentionné dans les réponses apportées par le questionnaire. Même s'il s'agit d'un sentiment provisoire, il est important de noter qu'il survient chez des jeunes médecins et qu'il peut influencer la façon dont les internes gèrent leurs erreurs. Cette remise en question a été à l'origine d'une recherche d'amélioration pour la majorité des internes. Chanelière [11] a décrit ce même phénomène dans son travail sur les médecins généralistes enseignants de la faculté de Lyon, qui par définition étaient plus expérimentés : chacun d'entre eux a essayé de comprendre ce qui lui avait fait défaut, pour mieux gérer ses émotions et retrouver une estime de soi suffisante pour poursuivre son métier sereinement. Il est donc important de noter que nous sommes tous concernés par cette problématique, internes ou médecins confirmés, mais qu'heureusement cela ne nous empêche pas de poursuivre notre formation ou notre carrière.

Nous n'avons pas fait la distinction entre les impacts professionnel et personnel dans le questionnaire. Ce sont les entretiens qui nous ont permis d'explorer l'impact psychologique et émotionnel suscité par les erreurs. Il faut noter que les internes qui ont accepté de réaliser les entretiens étaient peut-être ceux qui étaient les plus marqués de tous, ce qui est certainement un biais de l'étude. La diversité des émotions ressenties est inhérente à la complexité de chaque situation et à la personnalité de chaque interne mais comme il ressort dans les entretiens d'Engel [13] l'émotion est très intense. Chez les médecins généralistes interrogés par Newman [7], le sentiment le plus récurrent était la culpabilité, comme dans notre étude. En effet, lorsqu'un patient nous est confié, notre première mission est avant tout d'essayer de soulager ses souffrances et non d'en engendrer de nouvelles, ce qui explique certainement que la culpabilité soit très forte suite à une erreur.

Nous souhaitons insister par ailleurs sur les entretiens F et J qui sont exemplaires pour souligner l'impact que peut avoir une erreur ressentie. Sur les fiches « réflexivité immédiate » réalisées en sortant de ces deux entretiens, j'avais noté que je ne comprenais même pas où était l'erreur dont ils me parlaient et pourquoi ces deux personnes avaient souhaité participer aux entretiens. Cependant, la quantité de questions qui fusent dans l'esprit de ces deux internes montre à quel point ils ont été bouleversés par leur erreur. Il y a une énorme différence entre le vécu de chacune de ces situations et le regard que nous portons en tant qu'observateur. Minimiser le ressenti des soignants impliqués dans des erreurs ne leur apporte pas le soutien qu'ils souhaitent, même si nous ne comprenons pas toujours la source de leur détresse.

Plusieurs questions ont été omises de notre questionnaire, l'âge et le sexe des internes par exemple. Cependant, comme le DES de médecine générale ne dure que trois ans, la différence d'âge entre les internes n'aurait pas été significative. En ce qui concerne le sexe des internes la majorité des études de la littérature ne retrouve aucune différence entre les étudiants féminins ou masculins dans le nombre d'erreurs rapporté. Cependant, un lecteur extérieur nous a fait noter la différence entre les entretiens entre les internes féminins et masculins : sans savoir de quel sexe étaient les internes, la lecture seule des entretiens lui a permis de dire de façon correcte à chaque fois s'il s'agissait d'un homme et d'une femme. Il a rapporté que c'était la façon dont les histoires étaient racontées et les émotions qui étaient décrites qui permettaient de faire la différence : les trois internes masculins restaient factuels dans leur description alors que les internes féminines développaient plus l'histoire du point de vue de leur ressenti. Comme nous n'avons pas interrogé les internes sur leur sexe dans le questionnaire, peut-être à tort, nous ne pouvons pas confirmer que les femmes étaient plus impactées que les hommes. Peu d'études sur les erreurs médicales font la distinction entre l'impact chez les hommes ou les femmes mais Wu [9] a montré que les internes femmes avaient plus tendance à réaliser des changements constructifs que les hommes. Il est à noter que la répartition 70%-30% entre les internes féminines et les internes masculins en médecine générale à la faculté Paris-Diderot influence forcément la répartition des sexes parmi les répondants au questionnaire et nous n'avons réalisé que trois

entretiens avec des internes masculins. Il nous est donc difficile de conclure sur ce point.

Nous n'avons pas non plus demandé aux internes répondant au questionnaire de raconter leur erreur car le propos n'était pas d'analyser le type d'erreur que font les internes mais plutôt de se concentrer sur l'impact de celles-ci. En revanche, il était demandé aux internes qui ont participé aux entretiens de raconter leur erreur car cela leur permettait de se remettre en mémoire ce qu'ils avaient vécu et pour nous, de mieux comprendre leur histoire. De façon volontaire, aucune analyse de l'erreur en soi n'a été réalisée, même si l'analyse précise de celle-ci aurait pu nous permettre de mieux comprendre pourquoi les changements réalisés par les internes étaient ceux-là et pas d'autres.

2. Gestion de l'erreur

Le deuxième intérêt de cette étude était d'analyser comment les internes gèrent leurs erreurs et nos résultats sont très encourageants : lorsqu'ils étaient interrogés sur les changements dans leur pratique suite à leur erreur, la plupart des internes semblent avoir tiré un profit de leur expérience et ont modifié leur pratique de sorte à toujours s'améliorer. En effet, 74% des internes interrogés ont fait des changements constructifs dans leur pratique. Ces résultats sont un peu moins criants que ceux retrouvés par Wu [9] où 98% des résidents interrogés avaient fait des changements constructifs. De la même façon que les internes de notre étude, ces changements portaient sur l'attention au détail, la vigilance et l'aide d'un médecin plus expérimenté ou spécialisé. Cependant, nous avons choisi de répertorier les demandes d'exams complémentaires comme des changements défensifs, à la différence de Wu qui les a mis dans la catégorie des changements constructifs car ils permettaient de prévenir les erreurs.

Engel [13] a montré que la majorité des internes gèrent mieux leurs erreurs s'ils peuvent profiter de celle-ci pour apprendre et s'améliorer. Chaque interne de notre étude a réalisé une autoévaluation de ses compétences, souvent ciblée sur celles dont ils pensaient avoir manqué au moment de l'erreur.

Mizrahi [15] décrit trois mécanismes de défense face à une erreur médicale: le déni, la minimisation et la prise de distance. Les internes de notre étude se sentent responsables pour 91% d'entre eux donc il est difficile de les comparer aux internes de Mizrahi. Celui-ci dénonce l'attitude des internistes en formation qui sous prétexte qu'ils se jugent eux-mêmes de façon très sévère, n'acceptent pas la critique de la part de leurs collègues ou des patients. Une fois de plus, seuls les internes qui ont l'impression d'avoir déjà fait une erreur ont répondu à notre questionnaire. Ceux qui n'ont pas souhaité répondre ont pu faire partie de ceux qui sont dans le déni de leurs erreurs.

3. Epidémiologie

a) Le taux de réponses

Le taux de réponses à notre questionnaire, 18%, est assez faible comparé à celui des principales études anglo-saxonnes portant sur l'erreur médicale, qui avoisine généralement les 75%. Cependant, il est à noter que c'est un sujet qui est encore peu abordé chez les étudiants français, alors qu'il fait l'objet de travaux divers en Amérique du Nord depuis plus de trente ans. Nous aurions pu envoyer le questionnaire de façon systématique à tous les internes, plutôt qu'un lien pour éventuellement répondre à celui-ci, le taux de réponse aurait alors peut-être été supérieur.

La très grande majorité des internes a répondu qu'ils avaient déjà fait une erreur médicale : une fois de plus, il est possible que seuls les internes ayant déjà fait une erreur se sentent concernés par cette étude, ce qui peut constituer un biais de sélection. L'hypothèse la plus vraisemblable est que la majorité d'entre nous a effectivement fait une erreur depuis le début de notre troisième cycle car c'est à cette période que nous avons de nouvelles responsabilités et que les erreurs sont inévitables à partir du moment où nous prenons des décisions. Cette hypothèse est concordante avec le travail de White [16] qui note en effet que plus les étudiants ont de responsabilités, plus ils sont confrontés aux erreurs. Une autre hypothèse pour

expliquer que la majorité des internes ont répondu qu'ils avaient fait une erreur est qu'il s'agit d'erreurs auto-déclarées, donc il peut exister des erreurs qui ne sont pas ressenties par les internes, qui n'ont donc pas souhaité participer à l'étude. West [17] a montré que chez les résidents de médecine interne de son étude, les erreurs médicales sont source de détresse psychologique et que par conséquent, ils ont l'impression de faire davantage d'erreurs. C'est un cercle vicieux, qu'il a ensuite confirmé dans une autre étude où le nombre d'erreurs auto-déclarées par les internes qui présentaient un phénomène de burn-out était supérieur à ceux qui n'en présentaient pas [18].

b) Le lieu des erreurs

En ce qui concerne le lieu des erreurs, 79% sont survenues lors de stages obligatoires pour la validation du DES. Le maximum d'erreurs est survenu dans les services d'accueil des urgences. Comme l'a montré Croskerry [19], les urgences sont un lieu privilégié pour la survenue des erreurs à cause des multiples intervenants, de la vitesse à laquelle les décisions doivent être prises ainsi que du stress et de la fatigue générés par ces services. Par ailleurs, notre étude a montré que 60% des erreurs survenues aux urgences ont été commises par des internes en premier ou second semestre. Non seulement les services d'urgences sont des lieux où le taux d'erreur est le plus élevé mais nous sommes très souvent de « jeunes internes » lorsque nous effectuons ce stage : devrions-nous acquérir plus de savoir avant d'être « jeté dans l'arène » ou bien cela nous permet-il de progresser en apprenant de nos propres expériences ? Il me semble que le stage au sein des SAU est indispensable à l'apprentissage de la gestion de l'urgence et à l'acquisition d'une certaine autonomie mais ne peut se faire de façon sereine que si nous sommes assurés d'un encadrement infaillible et de qualité, et ce quelque soit le semestre au cours duquel nous effectuons ce stage.

Un nombre très faible d'erreurs a eu lieu durant des stages de pédiatrie : ceci suscite la question de l'encadrement pendant ce stage. L'interne de l'entretien E soulignait le fait qu'il lui semblait aberrant d'avoir autant de responsabilité lorsqu'il était aux urgences pédiatriques, compte-tenu du peu d'expérience en pédiatrie que nous avons en tant qu'interne de médecine générale. Cependant il semble qu'il y ait

moins d'erreur durant ce stage que lors du stage aux urgences adulte. L'encadrement est-il donc meilleur dans ces services ? De par ma propre expérience, je constate que la politique générale des services de pédiatrie est de prendre le moins de risque possible et d'hospitaliser les patients au moindre doute, et que la disponibilité des séniors y est telle que nous prenons peu de décisions importantes seuls, contrairement à certaines situations rencontrées pendant les gardes aux urgences adulte.

Le stage de « médecine adulte » a le deuxième taux d'erreur dans notre étude. Il est probable que ceci soit dû à la complexité des patients rencontrés au sein de ces services et à la charge de travail parfois importante qui rend la gestion du risque d'erreur encore plus difficile. Il est à noter que la plupart des études de la littérature anglo-saxonne sont conduites auprès des internes et résidents de médecine interne, et que le taux d'erreur y est similaire.

Le stage de médecine ambulatoire est une spécialité française donc il n'existe pas de données sur les erreurs faites par les internes de médecine générale ailleurs. Notre étude a révélé que 19% des répondants avaient commis une erreur durant leur stage de niveau 1. Il s'agit d'un stage où une certaine autonomie est accordée aux internes, en fonction des maîtres de stage et du souhait de chaque interne, afin d'acquérir de vraies compétences en médecine générale : de par ces caractéristiques, nous sommes souvent seuls à prendre des décisions dans des circonstances nouvelles car la plupart d'entre nous n'a encore jamais fait de stage en médecine ambulatoire. Comme toute nouvelle expérience, il faut prendre des risques pour apprendre. Nous n'avons pas étudié si la relation médecin-malade suite à une erreur en médecine ambulatoire était modifiée différemment par rapport à la relation avec les patients en milieu hospitalier. Mais il est légitime de penser que les internes qui ont été confrontés à une erreur durant leur stage en médecine ambulatoire ont vécu une expérience totalement différente de celle des internes en milieu hospitalier, compte-tenu des différences relationnelles énormes qu'il existe lorsqu'il s'agit de patient que nous ne voyons que quelques heures aux urgences, contrairement à ceux que nos maîtres de stage suivent depuis parfois des années en médecine ambulatoire. Aucun interne ayant commis une erreur en médecine ambulatoire n'a réalisé d'entretien donc il nous est impossible d'approfondir ce point.

4. Soutien

Lorsque Wu a introduit la notion de « second victim » en 2000, il a aussi souligné la nécessité de porter « secours » aux médecins qui avaient fait des erreurs et l'importance du soutien que peut représenter l'oreille attentive d'un collègue. Notre étude a montré que les internes ont cherché un soutien surtout auprès de leurs supérieurs ou de leurs pairs, mais seuls 29% estimaient avoir été parfaitement soutenus. Cette tendance s'est confirmée dans les entretiens. Les entretiens nous ont permis de détailler pourquoi les internes trouvaient le soutien qu'ils avaient reçu insuffisant : comme les étudiants de l'étude de Fischer [5], les internes interviewés auraient souhaité parler davantage de l'erreur en elle-même et analyser pourquoi ils l'avaient faite ainsi que de leur vécu de la situation. Newman [7] rapporte que 63% des médecins généralistes interviewés dans son étude avaient besoin de parler à quelqu'un de leur erreur et 48% avaient besoin d'être rassurés sur leur façon de prendre des décisions médicales.

Plusieurs internes interviewés ont dit qu'ils auraient aimé que les seniors parlent eux aussi d'erreurs qu'ils avaient commises, car la solitude ressentie au moment de l'erreur est souvent très grande. Fischer et Hevia [5, 6] proposent tous les deux que les médecins enseignants et référents parlent eux aussi de leurs erreurs, pour rassurer les internes sur le fait que tous les praticiens sont égaux face à ce risque. Nous ne souhaitons pas que les seniors nous disent qu'ils ont fait des erreurs pour qu'ils nous disent ou finissent par dire « ce n'est pas grave », comme l'ont fait remarquer plusieurs internes interviewés. En effet, Kroll [20] a montré que minimiser les erreurs des jeunes médecins ne leur permettaient pas d'avancer car cela fermait la discussion sur celle-ci. Comme l'ont suggéré d'autres internes interviewés, nous souhaitons savoir que nous ne sommes pas seuls et qu'il ne faut pas remettre en question notre carrière débutante car cela peut arriver à tous les soignants et à tout moment de notre vie professionnelle.

Cependant, Mazor [21] a montré dans son étude sur vignettes présentant des cas d'erreurs commises par les internes, que les médecins enseignants n'étaient pas d'accord sur le soutien à apporter à un interne qui faisait une erreur. La capacité des

internes à se remettre en question et à s'excuser comptait beaucoup dans la façon dont les enseignants les soutenaient par la suite et poursuivaient leur enseignement. Mais la façon dont nos enseignants nous parlent d'erreur influence beaucoup notre façon d'aborder ce sujet avec eux. 43% des internes ayant participé à notre étude disent ne jamais avoir parlé de leur erreur à leur référent. Nous ne leur avons pas demandé ce qui a pu influencer ce choix mais plusieurs études suggèrent que si les internes ne révèlent pas leur erreur à leur supérieur c'est par crainte de jugement, de perte de confiance de leur part et par peur des éventuelles retombées juridiques [5, 6, 9].

Certains internes de notre étude ont également dû faire face à une autre problématique, celle qualifiée par Galam de la « double victime ». Non seulement ils ont dû gérer l'impact de leur erreur et des éventuelles conséquences sur le patient, mais ils ont fait l'objet de critiques violentes de la part de leurs référents médicaux. Même si plusieurs travaux insistent sur le fait qu'il est important d'être ouvert aux critiques de nos confrères [7, 12], il semble que ces critiques seraient plus efficaces dans la prévention des erreurs si elles étaient construites sur une analyse de la situation plutôt que dans le simple but de trouver un coupable. La sanction apportée par l'erreur elle-même semble déjà suffisante pour que la victimisation supplémentaire par un collègue soit inutile. Comment espérer améliorer la prise en charge des patients après une erreur si nous ne pouvons pas discuter sereinement de nos erreurs avec nos pairs dans un cadre neutre et de non jugement ? En effet, Ely [22] dénonce les lettres d'indignation qu'avaient provoquées l'essai de Hilficker [23] lorsque celui-ci avait ouvertement raconté son erreur dans le *New England Journal of Medicine* en 1984 (dilatation et curetage d'un fœtus vivant). L'article d'Ely a été publié il y a quinze ans et nombreux sont les travaux qui insistent sur ce point, (notamment celui de Wu sur la « seconde victime » en 2000), mais il semble qu'il persiste dans certains entretiens réalisés en 2010 avec les internes de médecine générale une tendance à chercher un bouc émissaire, ceci afin que les autres soignants qui ont pu être impliqués se rassurent et se dédouanent de toute responsabilité.

Les internes ont également parlé de leur erreur à des collègues internes et à leurs proches. Cependant, lorsque nous avons demandé aux internes comment ils

estimaient le soutien qu'ils avaient reçu, ils ne parlent que de celui apporté par leur référent. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce fait : le propre de la médecine est d'apprendre de nos supérieurs pour pouvoir enseigner à nos futurs confrères donc leur avis compte énormément ; la complexité des situations rencontrées fait que seules les personnes impliquées et qui ont connaissance du patient peuvent nous soutenir ; la crainte des répercussions juridiques suite à une erreur font que nous cherchons l'appui d'une personne plus « gradée » que nous pour nous soutenir. A la différence de Newman [7] qui avait montré que les médecins avaient trouvé plus de réconfort auprès de leur conjoint plutôt qu'auprès de leurs collègues, les internes interviewés ont pour la plupart souligné le fait que l'opinion de leurs compagnons ou proches, même s'ils étaient médecins eux-mêmes, comptait peu et que la plupart des personnes à qui s'étaient confiés les internes ne comprenait pas ce qui avait pu se passer dans leur esprit au moment de l'erreur.

Par ailleurs, il est important de faire la distinction entre le souhait pour certains d'être soutenu et celui pour d'autre d'être « défendu » par leur supérieur. Ce terme suggère qu'ils avaient été « attaqués » par quelque chose ou quelqu'un. Cette notion est apparue principalement dans les entretiens: en général, les internes recherchaient une aide auprès de leur supérieur suite à des altercations avec d'autres soignants ou les familles des patients.

5. Révélation de l'erreur au patient

Très peu d'internes ont révélé leur erreur au patient, ce qui est concordant avec la plupart des études anglo-saxonnes [9, 20, 24]. Nous ne leur avons pas demandé pourquoi, mais les internes interviewés ont spontanément dit qu'ils en étaient incapables et évitaient les patients ou leur famille suite à leur erreur, car ils se sentaient incapables d'assumer cette situation. Un interne a abordé la notion de révélation partielle : c'est-à-dire qu'il n'aurait probablement pas dit ouvertement qu'il était en tort mais il aurait essayé d'expliquer au mieux au patient ce qu'il s'était passé. Un autre interne a suggéré que de manière générale, il y avait d'intérêt à révéler uniquement les erreurs qui avaient pour conséquences une modification de la prise en charge des patients.

Il est nécessaire de mener des travaux supplémentaires auprès des internes français pour trouver des explications à la non divulgation des erreurs aux patients. Les travaux déjà effectués auprès des médecins en formation nord-américains ou anglais suggèrent qu'il y a une crainte excessive des répercussions juridiques liées à la divulgation de l'erreur au patient alors qu'au contraire, plusieurs études montrent que la plupart des patients souhaitent savoir si leur médecin a fait une erreur, même minime : Hobgood [25] a montré que 88% des patients souhaitaient savoir tout sur les erreurs de leur médecin et 12% seulement si l'erreur avait des conséquences sur leur santé ; dans l'étude de Witman [26], 98% des patients souhaitaient être informés des erreurs, même minimes. Pour que cela soit possible, il faudrait au préalable que les internes révèlent leurs erreurs à leur médecin référent, ce qui n'a pas toujours été le cas dans notre étude. Seul un interne interviewé a fait remarquer l'importance qu'avait l'honnêteté des médecins envers leurs patients dans la qualité de la relation médecin-malade. Un autre interne a noté que nous ne sommes pas formés à divulguer nos erreurs à nos patients étant donné que nous ne sommes pas censés faire d'erreur. Peut-être faudrait-il donc que les médecins commencent par admettre qu'ils font des erreurs, comme l'avait suggéré Hilficker [23] il y a presque 20 ans ?

Contrairement à ce qu'on pourrait penser, révéler une erreur à un patient n'est pas toujours source de perte de confiance en la communauté médicale. Il existe depuis 2002 aux Etats-Unis une association d'aide aux victimes des événements indésirables liés aux soins, la MITSS (Medically Induced Trauma Support Services), joignable sur www.mitss.org, qui s'adresse non seulement aux patients mais également aux médecins. La fondatrice avait tellement été choquée par l'impact que l'erreur médicale qu'elle avait subie avait eu sur son médecin, qu'elle a pris conscience de l'effet important que pouvait avoir une telle situation. Elle-même avait été très marquée par l'événement et le manque de structure existante pour l'écouter et la soutenir. Ainsi elle a créé cette fondation d'aide aux premières victimes (les patients) et secondes victimes (les soignants) des erreurs médicales. A notre connaissance, il n'existe aucune association identique en France à ce jour : seules des associations d'aide aux victimes d'accidents médicaux existent à ce jour, mais elles n'associent pas les soignants à leurs démarches.

B. Difficultés rencontrées lors de cette étude

1. Définition de l'erreur médicale

Lorsque nous commençons cette étude, la définition de l'erreur médicale était très floue pour moi et malheureusement après plus de six mois de travail, elle le reste encore. La diversité des réponses à cette question montre à quel point je n'étais pas la seule à ne pas avoir de vision claire sur ce sujet. Il existe pour moi deux explications possibles à cela : premièrement il y a tellement peu d'enseignement sur l'erreur médicale qu'aucun étudiant n'est capable de donner une définition claire de l'erreur et deuxièmement la législation française n'est pas assez précise sur la définition de l'erreur médicale.

Dans la plupart des études nord-américaines, une définition de l'erreur médicale était donnée aux personnes interrogées, avant de débiter les questionnaires. Il s'agit en général de la définition de l'Institute of Medicine, qui peut être traduite de la façon suivante : « l'échec dans l'accomplissement d'une action planifiée de la façon initialement envisagée ou l'utilisation d'une mauvaise stratégie pour atteindre un but ». Dans cette définition, il n'y a rien concernant le caractère intentionnel ou non de l'erreur. Cependant, comme le soulignent Merry et McCall Smith [27] les erreurs sont toujours non intentionnelles, ou alors il s'agit de fautes médicales ou violations. De la même façon, il n'y a aucune précision sur les personnes concernées par l'erreur (soignant et patient), ni sur les conséquences, ni s'il s'agit d'une erreur survenue au moment diagnostique ou thérapeutique, éléments qui avaient tous été cités par les internes interrogés.

En ce qui concerne la législation britannique, seul le terme de « négligence médicale » a une véritable signification législative. La négligence repose sur trois critères : un défaut de moyen de la part du médecin, le médecin ne respecte pas les standards fixés par la profession, et c'est au patient de prouver qu'il y a eu un préjudice. Cette notion se rapproche donc de celle de la faute médicale en France

avec le pivot faute-préjudice-lien de causalité qui est la condition sine qua non pour toutes les affaires qui engagent la responsabilité civile ou pénale des médecins.

Seule la définition de l'événement indésirable semble claire en France : « événements ayant une nature négative pour le patient [...] et qui ont un lien avec les soins de prévention, de diagnostic, de thérapeutique ou de réhabilitation » [3]. La notion de gravité entre aussi en compte dans cette définition puisque un événement indésirable est grave s'il est en rapport avec une « cause ou prolongation du séjour hospitalier, incapacité ou risque vital ». C'est donc dans cette définition que sont incluses toutes les notions qui ont été abordées par les internes interrogés. La frontière entre événement indésirable et erreur médicale n'est donc pas clairement limitée dans notre esprit.

Plusieurs questions restent en suspens : quid de l'erreur médicale en médecine ambulatoire ? Quelles sont les conséquences au niveau législatif pour les médecins ? Là encore, il y a trop peu de travaux sur la médecine ambulatoire et les erreurs médicales en France, l'étude EVISA [28] menée par la DRASS sur les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers étant l'une des premières, publiée en 2009. Il conviendrait de mener plus de travaux sur la médecine ambulatoire, générale et spécialisée, afin d'analyser quelles sont les erreurs des médecins et leur vécu de la situation.

A la différence des internes nord-américains qui sont entourés dès leurs débuts par des conseillers juridiques et des avocats dans les hôpitaux, les internes interviewés n'ont pas trop de crainte vis-à-vis du système judiciaire pour l'instant, ou en tout cas, pas assez pour ne pas révéler leur erreur à leur référent comme d'autres étudiants [6, 16]. Mais une fois de plus, peu de formation est dispensée sur la responsabilité médicale et les différences entre la responsabilité civile ou pénale lors de notre cursus, comme l'a souligné très clairement l'interne H. Avoir quelques notions sur les différentes instances qui nous représentent et les possibilités de recours des patients nous seraient sans doute utile pour mieux appréhender les éventuelles plaintes des patients. Nous n'avons pas interrogé les internes sur la conduite à tenir en cas de plainte de patient, mais la littérature montre que même si les internes baignent dans un milieu très judiciarisé en Amérique du Nord, ce n'est pas pour autant qu'ils savent quoi faire en cas de poursuites [6]. En Grande-

Bretagne, l'agence pour la sécurité du patient (National Patient Safety Agency) de la NHS (National Health Service) a publié en 2010 un guide pour les jeunes médecins qui leur permet de réagir en cas d'erreur ou d'événement indésirable dans le but d'améliorer la sécurité des soins et toujours prévenir la survenue d'un nouvel événement identique [29]. A notre connaissance, il n'existe malheureusement pas de guide semblable en France et il serait donc intéressant d'en développer un pour les jeunes médecins français. L'Assistance publique des Hôpitaux de Paris a publié une fiche pratique [Annexe 6] qui explique la conduite à tenir vis-à-vis du patient en cas d'événement indésirable grave, mais il n'y a pas d'explication claire sur les démarches que doit suivre le médecin pour informer son service, analyser les circonstances de survenue de l'erreur et éviter de reproduire cette même erreur.

2. La crainte de la stigmatisation

Admettre que l'on a fait des erreurs, alors que l'on vit dans une société de plus en plus exigeante et qui prône le risque zéro n'est pas chose aisée, ce d'autant plus qu'on est interne, qu'on a encore beaucoup de choses à apprendre et qu'on doit en même temps faire nos preuves. Les récits de certains internes ont montré à quel point ils peuvent être jugés négativement par quelques médecins plus expérimentés. Au fur et à mesure que ce travail avançait, j'ai eu le sentiment d'être de moins en moins confraternelle. Mon analyse de l'attitude des quelques médecins qui n'ont pas su écouter les internes était forcément subjective et j'avais des opinions négatives, alors que je n'étais que là pour écouter le récit de mes co-internes, car je me suis sentie moi-même agressée par les propos qu'ont subit certains d'entre eux, et je voulais en quelque sorte prendre leur défense, alors que là n'étais pas l'intérêt des entretiens. Le but de ce travail n'était pas de stigmatiser à mon tour ces médecins, mais de montrer comment le fait de soutenir un interne qui a été en difficulté avec un patient est bien plus bénéfique pour toutes les personnes concernées, que de le rabaisser.

A l'inverse, il est souvent reproché aux médecins, par les patients et la société en général, d'être trop susceptibles et de ne pas accepter les critiques de leurs confrères. Nous ne sommes pas formés à dénoncer les erreurs de nos confrères et il

Il y a une certaine crainte à le faire, alors que l'arrivée des cellules de gestion des événements indésirables dans les hôpitaux a pour but de minimiser leur survenue et d'améliorer la gestion des risques. Il est possible que cette pratique se développe dans le futur, si les soignants acceptent de se remettre en cause sans se sentir visés de façon personnelle. En ce qui concerne la médecine ambulatoire, la revue Prescrire, grâce à sa campagne Eviter l'Évitable (www.evitable.prescrire.org) permet aux médecins de signaler leurs erreurs pour en tirer les enseignements et, par l'intermédiaire de la revue, informer leurs confrères de leurs expériences pour toujours chercher à diminuer les risques de récurrence et améliorer la prise en charge des patients.

Deux points importants pour terminer ce chapitre :

Je souhaite répéter ici que ce travail n'avait pas non plus pour but de minimiser la souffrance des patients ou des familles qui ont eu le sentiment d'être victime d'une erreur médicale. Mais tant que la médecine sera pratiquée par des êtres humains, les erreurs seront inévitables et dans une société qui ne les tolère pas, les médecins qui les commettent peuvent donc être sujets à un malaise profond. Il s'agit donc d'admettre que des erreurs surviennent et que pouvoir en parler pour trouver des explications et nous améliorer paraît l'attitude la plus intelligente.

Par ailleurs nous souhaitons souligner combien il a été difficile de trouver un vocabulaire juste dans ce travail : par exemple les verbes « commettre » ou « avouer » dénotent un certain jugement de valeur négatif, alors que précisément, le but était de rester tout à fait impartial. A défaut d'avoir trouvé d'autres mots, ceux-là ont été employés, sans pour autant sous-entendre une quelconque opinion de notre part.

C. Forces et faiblesses du travail

1. Caractère original

Nous avons choisi d'étudier l'impact des erreurs médicales chez les internes de médecine générale, sujet peu exploré en France, certainement car s'il n'est pas tabou, il reste sensible. De part les émotions que peuvent réveiller ce thème chez les médecins, les études à ce sujet restent insuffisantes, comme le montre notre bibliographie, ce qui a conforté notre démarche d'explorer ce sujet avec les internes de l'université Paris VII.

Par le questionnaire anonyme informatisé nous avons cherché à faire un état des lieux épidémiologique des erreurs et du vécu des internes de notre département de médecine générale puis ensuite d'approfondir notre recherche grâce à des entretiens. Ces entretiens menés sur le mode semi-directif ont permis à la fois une liberté de parole et le maintien d'un cadre. Même si nous n'en n'avons réalisé que dix, ceux-ci nous ont permis d'aborder des thèmes variés rencontrés lors de notre formation et de saisir l'émotion de chacun des internes qui ont participé à ce projet.

2. Limites de l'étude

Le taux de réponse faible de notre étude ne nous permet pas de généraliser nos résultats à l'ensemble des internes de médecine générale ou de spécialité médicale et chirurgicale. Par ailleurs, étant moi-même à la faculté Paris Diderot, certains entretiens ont été réalisés par des internes de ma connaissance et d'autres par des amis proches. Même s'ils étaient tous volontaires, ceci constitue un biais certains dans le recrutement des participants.

Le fait que les entretiens aient été enregistrés a pu constituer un biais pour ce qui est de la liberté de parole : raconter des faits où l'on est en faute n'est pas forcément chose aisée, encore moins lorsque l'on est enregistré. La crainte d'être jugé pour les événements racontés lors des entretiens a pu entraîner une certaine retenue de la part des internes à évoquer des situations difficiles et délicates dans

lesquelles ils ne se sentaient pas très méritants. C'est pour cette raison qu'il a été précisé à chaque interne interviewé que les données seraient anonymisées.

Les données qualitatives du questionnaire et des entretiens sont particulièrement difficiles à interpréter et analyser. Pour ce type de projet il est conseillé de soumettre l'analyse à plusieurs avis mais seuls ceux des chercheurs ont été sollicités : nos représentations et nos propres opinions ont certainement conditionné notre analyse des données. Ceci constitue un biais majeur d'interprétation des résultats.

D. PERSPECTIVES

Les internes de notre département ont fait de nombreuses suggestions pour améliorer notre formation et notre accompagnement lors d'erreurs médicales. Presqu'aucun interne ne souhaite une formation formelle à la faculté sous forme de cours, mais il semble que la création d'un forum de discussion sur les erreurs médicales soit une bonne alternative pour permettre aux internes de parler entre eux, même de façon anonymes s'ils le souhaitent. Ceci nous permettrait de nous rendre compte que nous ne sommes pas seuls à faire des erreurs, d'éviter de répéter celles des autres en apprenant de leurs expériences et de trouver le soutien qui manque parfois auprès de nos enseignants et référents médicaux.

Au même titre que nous bénéficions d'une formation par l'Assurance Maladie sur toutes les formalités administratives qui concernent notre futur métier, il serait peut-être utile d'avoir quelques heures de formation sur la responsabilité médicale et la gestion des erreurs médicales en médecine ambulatoire, de connaître quels sont les instances auxquels nous pouvons avoir recours en cas de suites judiciaires à nos probables futurs erreurs. Même si ce n'est pas un sujet qui intéresse tous les médecins, et qui créer certainement un sentiment d'insécurité, il semble pourtant qu'il sera utile le jour où nous serons confrontés à une situation difficile avec un patient.

Par ailleurs, il faudrait que les médecins titulaires sur nos lieux de stage soient informés de la préoccupation de leurs internes au sujet des erreurs médicales et qu'ils leur offrent la possibilité de discuter ouvertement de cette problématique si une erreur survient. Le debriefing sur le terrain semble très efficace dans la prévention des erreurs, comme le soulignent Fischer et Hevia [5, 6], mais il semble qu'il a manqué dans de nombreuses situations rapportées dans notre étude. Il faudrait que les internes soient encouragés à rapporter leurs erreurs, réelles ou ressenties, pour qu'ils puissent s'améliorer et offrir une meilleure prise en charge à leurs patients.

Il reste de nombreuses zones d'ombre en ce qui concerne la gestion des erreurs médicales, notamment en médecine ambulatoire. Des travaux complémentaires sur les erreurs médicales survenues spécifiquement au cours du

stage de niveau 1, soit dirigés vers les maîtres de stage pour comprendre comment ils gèrent les erreurs commises par leurs internes, soit directement auprès des internes de médecine générale pour analyser les différences d'impact et de gestion par rapport aux erreurs survenues en milieu hospitalier. D'autre part, il serait souhaitable d'élargir une étude similaire à la notre à tous les médecins en formation, de spécialité médicale ou chirurgicale, pour sensibiliser toute la communauté médicale et les lieux de formation à cette problématique, car vraisemblablement, la prévention des risques et la gestion des erreurs nous concernent tous. Dernièrement, des travaux sur la divulgation des erreurs aux patients sont indispensables pour comprendre pourquoi aussi peu de médecins n'osent aborder ce sujet avec leurs patients et améliorer la relation de confiance entre les médecins et leurs patients.

V. Conclusion

La science fait des progrès majeurs en termes d'imagerie, de tests biologiques et autres techniques d'une précision inégalable. Tout logiquement, les médecins et leurs patients sont de plus en plus exigeants, et s'instaure dans notre société une culture de la perfection qui ne laisse aucune place pour l'erreur.

Que nous nous engagions dans nos études pour être médecin de famille, chirurgien, pédiatre ou quelque spécialiste que ce soit, nous voulons surtout soulager la souffrance tout en nous efforçant d'appliquer la devise d'Hippocrate « primum non nocere ». La survenue d'une erreur médicale, qu'elle engendre ou non des souffrances supplémentaires chez ceux qui viennent avant tout pour se faire soigner, peut donc être une source de mal-être majeur non seulement pour le patient mais aussi pour le médecin.

L'erreur médicale est un sujet sensible, presque tabou, qui ne nous touche le plus souvent que lorsque nous-mêmes, y sommes confrontés. Majoritairement, notre étude n'a suscité l'intérêt que de ceux qui avaient vécu une telle situation. C'est dans ces circonstances que la culpabilité, la colère, la honte et la remise en question de nos compétences font irruption dans notre vie professionnelle et personnelle. Notre étude a montré que même si ces émotions pouvaient être très fortes et sources de questionnement à plus ou moins long terme, elles nous permettaient aussi, et peut-être surtout, de nous corriger pour éviter le risque de faire une nouvelle erreur et de nous améliorer pour mieux soigner.

Ceci ne peut se faire sans l'aide de nos enseignants et de nos confrères ayant plus d'expérience que nous. Un meilleur encadrement, une analyse des circonstances de survenue de nos erreurs sans rechercher à tout prix un « coupable », la quête de moyens et de procédures pour réduire le risque de nouvelles erreurs et un soutien adapté face à une situation souvent difficile, sont souhaités par la majorité des futurs médecins généralistes que nous sommes. Aucun cours théorique ne pourra nous apprendre à gérer nos émotions lorsque nous ferons une erreur, mais un accompagnement par nos pairs sous forme de discussion ouverte, sans jugement, soit en face à face, soit sur des forums de discussion, nous

permettraient de nous sentir moins seuls et de toujours améliorer la qualité de nos soins en apprenant de nos expériences et de celles de nos confrères. Pour nous aider à trouver la force de révéler nos erreurs à nos patients, il faut que nous soyons sûrs du soutien non complaisant mais infaillible de nos confrères.

Certes, nous entendons et répétons souvent que « l'erreur est humaine ». Nous ne nous satisfaisons pas pour autant de la médiocrité et nos patients non plus. Améliorer les prises en charge passe donc par une meilleure compréhension des circonstances de survenue des erreurs, pour mieux les prévenir, les gérer et en tirer des enseignements constructifs pour notre carrière et notre vie personnelle. Même si ce travail ne visait que les internes du département de médecine générale de l'université Paris-Diderot, nous pensons que tous les futurs médecins, spécialistes médicaux et chirurgicaux, et leurs aînés, bien que plus expérimentés sont concernés par cette problématique et exposés à ce risque. Ainsi des travaux complémentaires sur les erreurs médicales chez les internes et les médecins confirmés permettraient de mieux comprendre et prévenir les situations à risque, mieux préciser les modalités d'accompagnement des soignants qui y sont impliqués, et développer encore la culture de sécurité et la gestion lucide des risques, gages de la qualité des soins et de la sérénité des soignants.

Bibliographie

1. Kohn, L., *To err is human, Committee on Quality of Health Care in America*. 1999, Institute of Medicine.
2. David, G., *De la sanction à la prévention. Pour une prévention des événements indésirables liés aux soins*. 2006, Académie nationale de médecine.
3. Michel, P., *Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé: premiers résultats d'une étude nationale*. 2005, DRESS.
4. Wu, A.W., *Medical error: the second victim*. West J Med, 2000. **172**(6): p. 358-9.
5. Fischer, M.A., et al., *Learning from mistakes. Factors that influence how students and residents learn from medical errors*. J Gen Intern Med, 2006. **21**(5): p. 419-23.
6. Hevia, A. and C. Hobgood, *Medical error during residency: to tell or not to tell*. Ann Emerg Med, 2003. **42**(4): p. 565-70.
7. Newman, M.C., *The emotional impact of mistakes on family physicians*. Arch Fam Med, 1996. **5**(2): p. 71-5.
8. Hippocrate, *Le serment d'Hippocrate*.
9. Wu, A.W., et al., *Do house officers learn from their mistakes?* Jama, 1991. **265**(16): p. 2089-94.
10. Galam, E., *La souffrance du médecin mis en cause par un patient. Responsabilité*, 2009. **9**(36): p. 20-23.
11. Chanelière, M., *Impact des événements indésirables sur la pratique des médecins généralistes; Etude qualitative auprès de 15 praticiens de la région Rhône-Alpes*, in *Faculté Claude Bernard Lyon 1*. 2005, Université Claude Bernard Lyon nord.
12. Aasland, O.G. and R. Forde, *Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues*. Qual Saf Health Care, 2005. **14**(1): p. 13-7.
13. Engel, K.G., M. Rosenthal, and K.M. Sutcliffe, *Residents' responses to medical error: coping, learning, and change*. Acad Med, 2006. **81**(1): p. 86-93.

14. Christensen, J.F., W. Levinson, and P.M. Dunn, *The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians*. J Gen Intern Med, 1992. **7**(4): p. 424-31.
15. Mizrahi, T., *Managing medical mistakes: ideology, insularity and accountability among internists-in-training*. Soc Sci Med, 1984. **19**(2): p. 135-46.
16. White, A.A., et al., *The attitudes and experiences of trainees regarding disclosing medical errors to patients*. Acad Med, 2008. **83**(3): p. 250-6.
17. West, C.P., et al., *Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study*. Jama, 2006. **296**(9): p. 1071-8.
18. West, C.P., et al., *Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors*. Jama, 2009. **302**(12): p. 1294-300.
19. Croskerry, P. and D. Sinclair, *Emergency medicine: A practice prone to error?* Cjem, 2001. **3**(4): p. 271-6.
20. Kroll, L., et al., *Learning not to take it seriously: junior doctors' accounts of error*. Med Educ, 2008. **42**(10): p. 982-90.
21. Mazor, K.M., et al., *Factors influencing preceptors' responses to medical errors: a factorial survey*. Acad Med, 2005. **80**(10 Suppl): p. S88-92.
22. Ely, J.W., *Physicians' mistakes: will your colleagues offer support?* Arch Fam Med, 1996. **5**(2): p. 76-7.
23. Hilfiker, D., *Facing our mistakes*. N Engl J Med, 1984. **310**(2): p. 118-22.
24. Sweet, M.P. and J.L. Bernat, *A study of the ethical duty of physicians to disclose errors*. J Clin Ethics, 1997. **8**(4): p. 341-8.
25. Hobgood, C., et al., *Medical errors-what and when: what do patients want to know?* Acad Emerg Med, 2002. **9**(11): p. 1156-61.
26. Witman, A.B., D.M. Park, and S.B. Hardin, *How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting*. Arch Intern Med, 1996. **156**(22): p. 2565-9.
27. Smith, A.M.A.M., *Errors, Medecine and the Law*, ed. Cambridge. 2001.
28. Michel, P., *Les événements indésirables liés aux soins extr-hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes*. 2009, DRESS.
29. Cleary, K., *What to do if things go wrong*. Medical Error, 2010. **2**.

Glossaire

CNIL : Comité National Informatique et Libertés

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

ENEIS : Etude Nationale sur les Evénements Indésirables liés aux Soins

EVISA : Les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes

SAU : Service d'Accueil des Urgences

Annexes

Annexe 1 : Récit clinique de mon erreur par ma trace d'apprentissage « Dix fois trop »

Nous sommes mi-décembre 2009, je suis en stage de gériatrie au Kremlin-Bicêtre. J'ai beaucoup de choses dans ma tête qui ne sont pas de la médecine en ce moment, je suis stressée, épuisée et un peu fâchée d'être là car je devrais être en cours à Tenon. Il est 10h du matin et je suis en train de faire ma visite toute seule. L'assistante avec qui je travaille n'est pas là depuis le début de la semaine et la PH ne s'est pas trop occupé des patients que j'ai vue toute seule depuis 4 jours. Et à qui j'ai donc fait les prescriptions.

J'avance tranquillement avec mon chariot et tout d'un coup je vois la PH qui marche très vite dans le couloir, suivie de ma co-interne, enceinte, qui essaie de la suivre, elle-même suivie de la cadre infirmière. Elles se dirigent toutes les 3, vers la chambre de Mr D, un homme en soins palliatifs pour un myélome, âgé de 85 ans, que j'avais vu le jour de son entrée il y a 48 heures. L'externe fonce dans le couloir avec l'appareil à ECG.

Je me dis que je vais quand même aller voir ce qu'il se passe, on ne sait jamais, vu que c'est moi qui ait vu le patient il y a 2 jours. J'attends à l'extérieur de la chambre, ma co-interne me rejoint et me demande si c'est moi qui ait prescrit de l'Isoptine 400mg...Je lui dis oui, avec un sentiment grandissant de panique. « Il prend du 40mg d'habitude et l'infirmière lui a donné les 10 comprimés d'Isoptine 40mg ». Je la regarde en me demandant si c'est une mauvaise blague, la première chose qui me vient à l'esprit, j'ai honte, mais c'est « Pourquoi l'infirmière lui a donné 10 comprimés de la même molécule ? On ne fait jamais ça ! ». J'ai voulu me décharger un peu...mais ça a duré seulement quelques secondes parce que tout de suite je me suis sentie vidée. Des pensées fusaient dans ma tête : « C'est fini. Le patient va mourir, je vais aller en prison, je ne pourrais plus jamais travailler, qu'est-ce que je vais dire à mes parents ? ».

Pour le patient ça a été simple : c'était un patient dialysé pour son insuffisance rénale terminale sur son myélome, on a demandé aux réanimateurs si le produit se dialysait, ils ont dit non, mais qu'ils conseillaient tout de même une surveillance sous scope pendant 24H. Cliniquement le patient allait très bien, il a baissé sa fréquence cardiaque à 70 bpm maximum (de base il était en ACFA à 100 malgré l'isoptine 40mg). Il a été surveillé aux lits portes 24H, puis il est revenu. Il ne semblait pas très affecté, pas très en colère. Moi je n'osais plus l'approcher, sa femme non plus. D'ailleurs celle-ci, le jour de l'incident a été très détachée, trop compréhensive : « ba oui ça arrive, c'est comme ça »...Bizarre. J'ai failli tuer son mari mais elle ne réagit pas. Mr D est décédé 2 mois plus tard des suites de son myélome.

Pour moi ça été beaucoup plus long. D'ailleurs je ne pense pas que j'oublierai un jour ce patient et la faute que j'ai faite. Le jour même, après avoir vu que le patient allait bien, j'ai fini tant bien que mal ma visite. Et puis j'ai pleuré. J'ai dit que j'arrêtais médecine, que je ne pouvais pas supporter de porter autant de responsabilité, que c'était trop dur. Ma co-interne a essayé de me rassurer, en me disant que c'était une cascade de choses qui a fait que le patient avait eu ce traitement et que de toute façon il allait bien et donc il ne fallait pas que je m'en veuille. Elle m'a dit que c'était de sa faute aussi car elle n'avait pas corrigé mon erreur. Mais il n'y avait rien qui pouvait me consoler, j'étais seule avec ma culpabilité et en même temps j'étais en colère.

J'étais en colère contre la PH qui m'avait « abandonnée » toute la semaine : elle n'a jamais vu les patients après moi quand j'ai fait les entrées, elle n'a jamais vérifié ce que j'avais prescrit. J'ai eu l'impression d'avoir trop de responsabilité d'un coup et d'en payer le prix. Elle ne m'a jamais proposé de revoir les patients, mais disait juste « tu n'as pas de problème avec les entrants ? » : non je n'avais pas de soucis, ils allaient bien d'après moi, mais en fin de compte, qu'est-ce qu'une année d'expérience et six semaines de stage pour juger correctement de l'état des gens ? Et surtout, pourquoi personne n'a vérifié ce que j'écrivais ?

J'en voulais aussi à la préparatrice en pharmacie qui avait laissé un post-it sur la prescription en demandant si on voulait 10 comprimés d'Isoptine 40mg ou 2 de 240 mg LP pare que 400mg ça n'existait pas ! Elle n'aurait pas pu tout simplement appeler pour demander si on ne s'était pas trompé ?

Le pire ça été l'infirmière : j'ai eu envie de lui demander pourquoi elle avait fait une chose aussi bête ! Ce n'était pas une de mes collègues de travail préférée car j'avais remarqué qu'elle n'écoutait rien quand je lui transmettais des informations qui me semblaient utiles. Elle a expliqué à la cadre infirmière que la veille elle avait donné 1 comprimé de 40mg mais que aujourd'hui elle n'avait pas réfléchi et avait donné les 10 comprimés, mais comme ça lui paraissait bizarre et qu'elle avait découvert le post-it de la pharmacienne, elle avait préféré en parler à l'interne. Mais après avoir donné les cachets....

Une autre des cadres infirmiers, que je ne portais vraiment pas dans mon cœur, m'enfoncé encore un peu plus bas : « mais ce n'est pas grave, ça arrive quand on est premier semestre ». Je l'ai regardé dernière mon rideau de larmes et je lui ai répondu « mais je suis en 3eme semestre » et là elle m'a regardé avec antipathie et a dit « Ah »...Comme si une année d'internat de plus avait quelque chose à voir là dedans...

J'ai voulu tout de suite en parler avec la PH, avec qui je m'entendais par ailleurs très bien. Elle a essayé de me rassurer. Mais aucune de ses paroles ne me réconfortait, je me sentais vidée, complètement anéantie. Elle avait beau répéter que ça arrivait à tout le monde, je m'en fichais des autres, là c'était moi.

Je suis partie à mon cours à Tenon, il aurait mieux fallu que je rentre chez moi vu ce que j'ai écouté du cours, tout me traversait sans que j'enregistre. Mais ça m'a permis de voir une de mes amies proches, interne en MG aussi, qui a essayé aussi de me rassurer. Et j'ai appelé mon compagnon L, ça tombait bien il est cardiologue : « mais ne t'inquiète pas, on peut monter à 240 LP 2 fois par jour d'Isoptine, là tu ne lui a même pas donné la dose maximale ! »

Mais je m'en fichais de la dose, du médicament dialysable ou pas, moi ce qui m'importait c'était que j'étais à bout. J'étais dans un état de fatigue tel que j'avais fait n'importe quoi.

Ce qui m'a permis de me remettre de cette journée c'est que le patient allait bien et que j'ai reçu un coup de fil sur mon portable ce fameux vendredi 19 décembre de la chef de service, alors que j'étais en cours. Elle me disait qu'elle avait vu M., la PH, qui était inquiète parce que je n'étais pas bien du tout et elle me demandait de la rappeler sur son portable. J'ai été surprise de sa gentillesse. Je ne sais pas pourquoi. Je ne pensais pas que « les chefs » se préoccupaient autant de leurs internes. Je l'ai rappelé et on a discuté 10 minutes, elle m'a demandé ce qui s'était passé et j'ai essayé de comprendre comment j'en étais arrivée à recopier bêtement une ordonnance d'un autre médecin, en faisant des fautes en plus. Rajouter un petit 0 ça peut arriver à n'importe qui, mais ce jour c'était moi et je m'en souviendrais toujours.

Malheureusement, même en essayant d'oublier ce qu'il s'était passé, la cadre supérieure m'a dit un jour, environ 2 mois plus tard : « je vous confonds toujours toi et ta co interne. Toi tu es celle qui est enceinte ? ». Je lui réponds que non, que c'est l'autre. Et elle ajoute « ah oui, toi tu es celle qui a fait la faute »...

Annexe 2 : Protocole « Medmistake »

Contexte et justification de l'étude

Depuis le rapport "to err is human" (1), en 2000, la sécurité des soins et la gestion des risques et des erreurs médicales, avérées ou potentielles, sont des préoccupations majeures. Elles s'inscrivent dans une culture de sécurité fondée sur une analyse et une recherche de prévention plutôt que de jugement ou de sanction (2) .

Elles se fondent également sur la prise en compte de l'impact sur les soignants pouvant être qualifiés de « seconde victime » (3) et pour lesquels il existe parfois un réel besoin d'accompagnement et de soutien bienveillant tant le sentiment de culpabilité et les conséquences à plus ou moins long terme peuvent être importants.

Comme tous les médecins en activité ou en formation, les internes de médecine générale sont parfois confrontés à des erreurs médicales, à la fois à l'hôpital et en médecine ambulatoire. Peu d'études ont été réalisées en France pour évaluer leurs pratiques et leurs besoins en termes de gestion et d'accompagnement lors de leur implication dans une erreur réelle ou ressentie, pour les aider à en tirer un enseignement et à continuer leur formation et leur carrière avec sérénité.

(1) Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press, 1999.

(2) Gale Edwin AM . Uses of Error, Forgive, and remember Aug 16, 2003, The Lancet, . Vol. 362 No. 9383 pp 503-504. 12. 8.

(3) Wu AW. Medical error: the second victim. BMJ. 2000;320(7237):726-7.

Objectifs

- Apprécier la fréquence d'implication des internes de médecine générale du DMG Paris Diderot dans des erreurs médicales.
- Mesurer l'impact professionnel et personnel de ces erreurs sur les internes
- Evaluer le degré de révélation de ces erreurs
- Explorer les améliorations souhaitées par les internes concernés, en terme d'accompagnement

Participants

Les internes du département de médecine générale de l'Université Paris Diderot qui l'acceptent

Inclusion

Tous les internes inscrits au département de Médecine Générale au 1^{er} juillet 2010 seront sollicités pour participer à cette étude.

Modalités de recueil des données

Questionnaire anonyme transmis par voie électronique à tous les internes du Département de Médecine Générale de l'Université Paris Diderot

Données étudiées

Ancienneté et fréquence des erreurs médicales, réelles ou ressenties, déclarées par les internes de médecine générale.

Impact de ces erreurs et degré de révélation par les internes

A noter qu'il ne sera pas fait d'analyse spécifique des erreurs rapportées.

Nombre de sujet nécessaire

Aucun calcul du nombre de participant n'a été effectué.

Aspects légaux

Une réponse au questionnaire est considérée comme une inclusion. Aucune déclaration au CNIL ne sera effectuée.

Présentation des résultats

Les résultats feront l'objet d'une thèse de médecine générale. Ils seront disponibles en ligne ou sur demande auprès des contacts.

Calendrier de l'étude

Les internes sont invités à répondre au questionnaire via le lien..... à partir du 09/07/2010.

1^{ère} relance par mail le 15 septembre 2010.

2^{ème} relance par mail le 30 septembre 2010.

Contacts

Emily Venus emilyspvenus@yahoo.fr

Dr Eric Galam egalam@hotmail.com

Annexe 3 : Le questionnaire

1) Avez-vous déjà eu l'impression de commettre une (ou plusieurs) erreur médicale(s) ? (puces exclusives)

ouialler au questionnaire "Si oui"

nonaller au questionnaire "Si non "

Si oui :

2) Combien de fois depuis le début de votre internat ? (puces exclusives)

1 fois

de 2 à 5 fois

plus de 5 fois

3) Nous allons parler du dernier événement de ce type dont vous vous souveniez. Quand est-il survenu ? (puces exclusives)

moins de 3 mois

3 à 6 mois

6 mois à 1 an

plus d'un an

4) Dans quel semestre étiez-vous ? (puces exclusives)

S1

S2

S3

S4

S5

S6

Au-delà de S6

5) De quel service s'agissait-il ? (puces exclusives)

cancérologie

gériatrie

médecine

pédiatrie

stage ambulatoire

urgences

autre (précisez)

6) Comment estimez vous les conséquences pour le patient ? (puces exclusives)

Graves

Moyennes

Bénignes

Sans conséquence

7) Pouvez-vous estimer votre part de responsabilité dans cet événement ? (puces exclusives)

j'avais une part importante de responsabilité

j'avais une part moyenne de responsabilité

j'avais une part faible de responsabilité

je n'étais aucunement responsable

8) Dans quelle mesure cet événement aurait-il pu être évité ? (puces exclusives)

je ne crois pas qu'il était évitable

je pense qu'il aurait pu être évité, mais difficilement

je pense qu'il aurait assez facilement pu être évité

je pense qu'il aurait très facilement pu être évité

9) Dans quelle mesure avez-vous été marqué par cet événement ? (puces exclusives)

pas du tout

un peu

beaucoup

énormément

retentissement sur ma vie personnelle

10) Qu'est-ce qui a été le plus difficile pour vous ? (texte libre)

11) Qu'est-ce que ça a changé dans vos pratiques depuis ? (texte libre)

12) En avez-vous parlé ? (cocher les cases, plusieurs possibles)

au patient concerné ou à ses proches

à vos référents médicaux au moment des faits

à vos collègues internes

à vos proches

13) Estimez-vous avoir bénéficié d'un soutien adapté de la part de vos référents au moment des faits ? (puces exclusives)

pas du tout
moyennement
parfaitement

14) Qu'est-ce qui vous a ou aurait pu (ou pourrait) vous aider ? (texte libre)

15) Quelle serait la définition de "erreur médicale" ou les termes qui devraient s'y retrouver ? (texte libre)

Si non :

2) A quelle fréquence craignez-vous de l'être ? (puces exclusives)

tous les jours
plusieurs fois par mois
quelques fois par an
jamais

Dans l'éventualité où vous seriez impliqué dans une erreur médicale et pour laquelle vous auriez un certain degré de responsabilité :

3) Qu'estimeriez-vous ? (puces exclusives)

- En tant que professionnel, je suis de toute façon responsable
- proche de la position précédente
- à égale distance des 2 propositions
- proche de la proposition suivante
- Ca fait partie de la vie et je n'y suis pour rien

4) Que diriez-vous au patient et/ou à son entourage ? (puces exclusives)

- De toute façon, je dis tout
- proche de la position précédente
- à égale distance des 2 propositions
- proche de la proposition suivante
- J'en dis le moins possible

5) Que répondriez-vous au patient (ou à ses proches) qui vous demande des comptes ? (puces exclusives)

- Je les écoute et leur explique au mieux
- proche de la position précédente
- à égale distance des 2 propositions
- proche de la proposition suivante
- J'évite le dialogue au maximum

6) Que feriez-vous ? (puces exclusives)

- J'essaie de m'en inspirer au mieux pour que ça ne se reproduise pas
- proche de la position précédente
- à égale distance des 2 propositions
- proche de la proposition suivante
- Je tourne la page et je n'y pense plus

7) Que ressentiriez-vous ? (puces exclusives)

- J'en suis très affecté
- proche de la position précédente
- à égale distance des 2 propositions
- proche de la proposition suivante
- Pas grand chose

8) Qu'attendriez-vous de vos collègues et de vos enseignants ? (puces exclusives)

- Une compréhension et une aide
- proche de la position précédente
- à égale distance des 2 propositions
- proche de la proposition suivante
- Le moins possible

9) Quelle serait la définition de "erreur médicale" ou les termes qui devraient s'y retrouver ? (texte libre)

Pour les 2 groupes: témoignage approfondi

Dans le cas où vous accepteriez un entretien avec la thésarde pour une analyse approfondie et personnalisée (qui serait bien sûr anonyme et dissociée de ce questionnaire en ligne), merci de vous signaler sur le lien suivant

emilyspvenus@yahoo.fr

Annexe 4 : Guide d'entretien

L'objectif de cette thèse est d'apprécier l'**impact** des erreurs réelles ou ressenties, sur les internes de médecine générale du DMG Paris Diderot, les façons dont ils les **gèrent** et les moyens de les **aider** à y faire face.

RACONTER

Événement qui vous a le plus marqué (ou le dernier dont vous vous souveniez).

Quand ? semestre ? service ?

CONSEQUENCES pour le patient

EVITABILITE

RESPONSABILITE

GESTION

- En avez-vous **parlé** ?

au patient concerné ou à ses proches

à vos référents médicaux au moment des faits

à vos collègues internes

à vos proches

- Estimez-vous avoir bénéficié d'un **soutien** adapté de la part de vos référents au moment des faits ?

- Qu'est-ce qui vous a ou aurait pu (ou pourrait) vous **aider** ?

IMPACT

- Qu'est-ce qui a été le plus difficile pour vous ?

- Qu'est-ce que ça a changé dans vos pratiques depuis ?

CRAINTE DES REPERCUSSIONS JURIDIQUES ?

Annexe 5 : Les entretiens

Entretien A

L'erreur pour moi ça fait référence à une histoire des urgences. C'était un jour où il y avait pas mal de monde. J'étais dans une structure d'urgences où il n'y avait que trois box pour voir les patients et donc j'ai reçu un monsieur qui avait 55 ans à peu près, qui était en bonne santé, qui n'avait pas d'antécédent particulier et qui venait pour une douleur abdominale. Je l'ai examiné, à l'examen il n'y avait rien de particulier, je n'avais pas de défense, il n'y avait pas de troubles du transit, il n'y avait rien de spécial. La seule chose que j'avais noté dans mon observation, c'était qu'il avait un teint gris. Ce monsieur était vraiment très douloureux donc je lui ai passé des antalgiques IV, j'ai lancé un bilan, même si je n'avais pas trop de point d'appel sur sa douleur, avec de la biologie et un ASP. Et ensuite j'ai continué à voir d'autres patients aux urgences.

Donc j'ai beaucoup de douleurs abdominales ce jour-là, c'était un peu le thème de la journée. Et à un moment j'ai récupéré son bilan, le bilan était strictement normal : y'avait pas de blanc, pas de CRP, à l'ASP y avait rien du tout. Je suis allée voir le monsieur qui en plus était un patient très « cortiqué », qui comprenait bien les choses, je lui ai dit « voilà vous avez mal, je n'ai rien sur le bilan, on n'a pas de point d'appel, ça doit être une gastro, quelque chose de viral, de banal, ne vous inquiétez pas ». Je le vois lui avec sa femme. Le patient qui n'insiste pas, qui ne réclame pas plus, que je re vois dans le couloir, parce que je ne pouvais pas le réinstaller dans un box, enfin j'aurais peut-être pu, j'aurais peut-être dû, mais en l'occurrence je ne l'ai pas réexaminé. C'est vrai que je ne me suis pas renseigné pour savoir s'il avait été soulagé par rapport au traitement que je lui avais fait. Donc je lui explique qu'il sort, que si les douleurs persistent qu'il revienne. Il me dit d'accord, il est compréhensif, il ne me demande pas plus. Donc je retourne à mes affaires et là une aide-soignante me dit, une dizaine de minutes après « mais tu es sûr que Monsieur machin il sort ? ». Je dis « oui, pourquoi ? » « Non parce qu'il n'a pas l'air bien quand même, il a du mal à marcher ». Je n'y ai pas prêté plus d'attention que ça, j'ai dit « oui, il sort, j'ai revu avec mon chef il sort ». Parce que j'étais allé voir mon chef avec le dossier en disant qu'il avait très mal mais que je n'avais aucun point d'appel. Mon chef m'avait dit, « tu le laisses sortir » sans l'avoir examiné avec moi après et sans l'avoir examiné avec moi avant. Donc j'ai dit « oui oui il sort » et puis la journée continue.

Trois heures après, je vois un médecin du SMUR qui était dans les locaux des urgences et qui me dit « c'est toi qui a vu monsieur machin ? » je dis « je ne sais pas peut être » « une douleur abdominale », sachant que j'en avais vu à peu près dix dans la journée, je ne voyais absolument pas de qui il me parlait, ça ne m'avait vraiment pas marqué. Je lui demande pour quoi et il me dit « ba parce que le SMUR est parti le cherché, il est en coma, ils sont en train de le ramener ». Donc moi j'étais un peu choquée « mais qu'est ce qui s'est passé ? », et il me dit « ba écoute je ne sais pas », il était en train de relire mon dossier, mon observation « ba écoute je ne sais pas, ils sont partis le chercher et il va direct au scanner ».

Donc je ne comprenais pas trop ce qu'il se passait. En fait au scanner ils lui ont fait un scanner cérébral en premier, ne sachant pas pourquoi il était dans le coma. Et ensuite le scanner cérébral étant normal, ils lui ont fait un scanner abdominal. Donc je savais que mon patient était au scan et je n'en savais pas plus. Je savais qu'il était dans le coma donc que ça n'était pas terrible et puis là à un moment, je vois mon chef partir avec le matériel de réa et me dire « je vais au scan ». Donc là je me dis ok, qu'est ce qui se passe, je n'étais pas très bien, je me demandais ce qu'il se passait. J'ai essayé de continuer ma journée aux urgences en me disant « mais qu'est-ce qui s'est passé ? ». Et puis je relis mon observation et je vois ce « teint gris » que certes j'avais noté mais auquel je n'avais pas du tout prêté attention. Je me suis demandé ce qui m'avait pris, surtout que c'est une observation que je ne note jamais. En fait je n'écris jamais rien sur le teint. Donc je continue ma journée et à un moment je vais au déchoch pour récupérer un dossier d'une patiente à moi qu'on avait basculé sur le côté normal et quand j'arrive au déchoch, ils étaient en train de masser mon patient qui avait fait un arrêt cardiaque. En fait je n'ai même pas réussi à rentrer dans le déchoch pour prendre mon dossier tellement j'étais choquée et tellement je me disais « mais qu'est-ce que j'ai fait ? je ne veux pas le voir, je ne veux pas voir sa femme ». C'est surtout ça, je ne voulais pas du tout voir sa femme, je ne veux pas du tout leur parler. Je ne sais pas ce qui se passe, je ne comprenais absolument pas ce qu'il se passait. Je n'en apprends pas plus, mon chef était occupé forcément à le réanimer. Et puis plus tard je vois mon chef et je lui dis « mais qu'est-ce qui s'est passé ? », il me dit « ba écoute au scanner abdominal il y a un pneumopéritoine, on ne sait pas d'où ça vient donc il va partir en laparo exploratrice ». Donc j'ai passé toute ma garde à suivre les événements, il est parti en laparo exploratrice, en fait il avait perforé un diverticule, donc il avait fait une péritonite stercorale. Voilà donc il est passé en tout trois fois au bloc, il a fait 50 jours de réa, sachant que ba moi, quand je croisais le réanimateur au début je n'osais pas trop demander de ses nouvelles mais après je voulais savoir ce qu'il en était et là il m'a dit « à mon avis il ne va pas s'en sortir, il va y rester, si il rentre en défaillance multi viscérale, c'est trop grave ».

Donc du coup j'ai passé une semaine chez moi à pleurer tous les soirs à cause de ça, en me disant « mais pourquoi tu ne l'as pas réexaminé ? ». Mes chefs ils ont été plutôt sympas, et heureusement d'ailleurs parce que moi je ne l'ai pas très bien vécu, en me disant « Ecoute A, il n'y avait pas grand-chose dans l'observation, juste un teint gris, l'abdomen était souple, à l'ASP il n'y avait pas d'air ». Le seul truc qui aurait pu... enfin qui aurait pu éviter cette erreur c'est si j'avais pris le temps de le réexaminer, son ventre aurait sûrement été modifié puisqu'à priori son ventre était très douloureux. J'aurais dû prêter attention à ce que me disait l'aide-soignante. Et c'est à ce moment-là que j'aurais pu rattraper cette erreur là.

Donc euh voilà. Et j'ai suivi l'histoire, à chaque fois que je voyais le chef de réa je lui disais « mais il en est où ? », je suivais tout sur l'ordinateur, je suivais ses bio, je voyais qu'il avait la créat au plafond, qu'il avait le BNP au plafond, que rien n'allait bien, qu'il était acide, qu'il avait les lactates augmentés, que c'était vraiment la cata. Et je m'en suis pas mal voulu, même si mes chefs ont été dans l'ensemble plutôt bien. Y en a aucun qui m'a dit que j'avais mal géré mais moi je me suis dit « tu aurais dû écouter l'aide-soignante qui t'avait dit « mais tu es sûr A, il a vraiment pas l'air très bien ? ». Donc voilà.

Quand tu as vu le patient revenir avec le SAMU, c'était quoi tes sentiments quand ils sont partis le chercher ?

C'était horrible, je ne savais absolument pas qu'est ce qui se passait, donc, j'imaginai vraiment tout et n'importe quoi. Comme j'avais vu bien 10 douleurs abdo dans la journée, je n'arrivais même plus à me rappeler sur le coup qui c'était, comment était l'examen, donc vraiment je me raccrochais à l'observation que j'avais écrit, je n'arrêtais pas de relire ce truc en me disant « mais qu'est-ce que j'ai pas vu ? qu'est-ce que j'ai mal fait ? »

Beaucoup de questionnement...

Beaucoup de questionnement, et surtout c'était horrible, je n'avais pas envie de voir d'autres patients et je savais qu'il fallait que je vois d'autres patients parce que les urgences ça continue à tourner et en plus mon chef était un peu occupé du coup. J'avais plus envie de me terrer dans un coin et de partir. Et surtout je n'avais vraiment pas envie de croiser la famille, je me disais « mais qu'est-ce que je vais leur dire ? ». C'était surtout ça qui m'angoissait.

Tu ne les as jamais revus ?

Non je ne les ai jamais revu, j'ai pris que des nouvelles par des intermédiaires. Et pourtant vu le profil de patient, je pense qu'il aurait compris. Je pense que eux même ne se sont pas dit, « il y a une erreur, il y a un problème ». C'étaient des gens très compréhensif, très gentils, ce n'étaient pas des gens qui râlent parce qu'ils sont aux urgences et qu'ils attendent. Ce n'était vraiment pas parce que la famille était agressive ou quoi que ce soit. Juste je n'assumais pas, parce que je ne comprenais pas ce qui s'était passé. C'était ma première grosse erreur.

Le patient il s'en est sorti ? il est sorti de réa ?

Il est sorti de réa, il a été basculé en service de chirurgie digestive et après je n'ai pas suivi la suite parce que j'ai changé de stage mais il a quand même fait 50 jours de réa, un arrêt cardiaque, 3 chir viscérales. Pour un monsieur sans antécédent c'était quand même pas...

Au niveau de ce qu'on a appelé l'évitabilité : est-ce que tu penses que tu aurais pu éviter cette erreur ?

Je pense honnêtement que sur le bilan que j'avais, sur la façon dont je l'ai fait, je n'aurais pas pu. Mais je pense que le moment où j'aurais pu éviter l'erreur, c'est le moment où l'aide-soignante m'a dit « tu es sûr ? ». J'aurais dû me dire « tu le réexamine, tu insistes auprès du chef pour venir le voir si tu as un doute.

Et qu'est-ce qui a fait que tu as décidé qu'il partait : un manque de temps ?

Je pense qu'il y avait plusieurs facteurs : le manque de temps, mais surtout le manque d'espace : c'est-à-dire que trois box de médecine, une journée où il y a plein de monde ça ne demande pas juste 3 minutes pour pouvoir réinstaller le patient et le réinterroger. Ça demande un certain temps : s'il y avait eu plus d'espace, j'aurais peut-être pris le temps. Et l'autre facteur c'était que j'étais avec un chef qui n'avait pas spécialement envie de m'aider ce jour là. Quand je suis arrivée, il m'a dit en rigolant « si tu n'as pas de problème tu ne me demandes pas, si tu as un problème tu ne me demandes pas » donc c'était en gros tu te débrouilles. Dans la même journée j'ai eu un geste à faire que je ne savais pas faire, il a fallu que je le supplie 4 fois pour qu'il vienne me voir. Si j'avais été avec un autre chef, j'aurais peut-être plus répondu à « l'appel » de l'aide-soignante.

Toi tu penses que c'est entièrement à cause de toi ce qu'il s'est passé ?

Alors au début c'est ce que je pensais. Et puis en ayant un peu digéré ce qu'il s'est passé, je pense que j'ai une part de responsabilité mais que je n'aurais pas été la seule à faire cette erreur.

Et à qui tu en as parlé en fait ?

Alors en fait mon chef changeait à 18h, avec qui ça se passait très bien, qui vient voir les patients sans que tu aies besoin de le demander 15 fois. Lui-même m'en a fait parler le soir, parce que moi je n'avais pas envie. La phrase qu'il a utilisé c'est « A il ne faut pas que tu ramènes ce monsieur chez toi ». C'est le premier à m'en avoir parlé et puis quand je l'ai revu en garde on en a reparlé, il m'a dit « mais tu sais 95 % des médecins auraient fait la même chose que toi, qu'ils soient interne ou chef » et il a essayé de me rassurer comme ça. J'en ai parlé avec mes co-internes aussi, on s'entendait bien et après j'en ai parlé à mon fiancé qui n'est pas du tout en médecine mais qui a dû subir mes pleurs pendant une semaine. Il ne comprenait pas vraiment s'il y avait eu une erreur grave de ma part, ou si c'était juste que je culpabilisais, il ne savait pas trop quoi dire par rapport à ça. Il me répétait « mais tu as vu, ton chef a dit qu'il y avait 95% des médecins qui auraient fait pareil donc c'est que ça doit être vrai ».

Il n'y a jamais eu de staff ? vous n'avez jamais reparlé ?

Non il n'y a jamais eu de staff. J'ai recroisé le médecin qui était de garde avec moi dans la journée, qui m'a encore plus énervé, qui m'a dit en rigolant « ah c'était toi monsieur machin, à c'était avec moi ha haha ». J'en ai parlé avec d'anciens co-externes, qui sont dans d'autres régions parce que mon fiancé étant pas en médecine, il ne pouvait comprendre que partiellement.

Est-ce que tu estimes que le soutien que tu as eu de tes chefs, peut-être pas le premier mais le deuxième était vraiment adapté ? qu'est-ce que tu aurais voulu faire pour gérer la situation ?

Je pense que j'aurais aimé qu'il y ait une espèce de staff. J'aurais aimé en parler et c'est ce que j'ai fait au cours sur l'erreur médicale avec Paris V. J'ai bien aimé le fait qu'ils nous disent « si vous avez vécu une situation d'erreur médicale parlez-en ». J'ai conscience qu'il fallait que j'en parle pour que ça passe parce qu'on ne peut pas rester bloqué sur quelque chose comme ça pendant très longtemps. Même si maintenant je vais mieux, dès que j'ai une douleur abdominale, je ne suis pas comme j'étais avant. Je fais beaucoup plus attention en fait. Je fais facilement des bilans, je vais revoir les patients. Ce qui fait que parfois je perds du temps sur des gastro simples. Mais j'ai cette histoire-là qui fait que j'ai peur des douleurs abdo.

Est-ce que ça a remis en question le fait de vouloir être médecin ?

A long terme non, mais sur le coup oui. Le soir quand je pleurais, je disais « je suis nulle, je n'y arriverai jamais, je veux tout arrêter, vive la chambre d'hôte dans les Cévennes ». Mais c'était réactionnel sur le coup. Ce n'est pas quelque chose qui a persisté longtemps.

Tu ne remets pas en question tes compétences aujourd'hui ?

Je me remets en question sur les douleurs abdo. C'est plutôt ça que ça a modifié. Avant je palpais le ventre une fois, maintenant je dois le faire 4 fois.

Qu'est-ce qui a été le plus difficile ?

C'est quand le réa m'a dit « écoute je ne crois pas qu'il va s'en sortir ». Ca c'était le pire, me dire qu'il a 56 ans, sans antécédent, je me suis dit dans ma tête « j'ai détruit une famille ». J'avais l'impression que je l'aurais moins mal vécu si ça avait été une mamie de 85 ans, qui avait plein d'antécédent, dont l'espérance de vie aurait de toute façon été limitée et qui avait déjà eu des enfants, des petits-enfants. Mais là c'était un homme qui était en pleine santé, qui avait plein de choses à vivre. Ce qui m'a permis d'aller mieux c'est de savoir qu'il sortait de réa, même si 50 jours de réa ça laisse des traces. Son corps est abîmé. Je ne suis pas sûr que cet homme-là est la même vie qu'avant...avec toutes les chirurgies qu'il a eu, si ça se trouve il a une poche, je ne sais pas...

Est-ce que ça t'aidait de savoir ce qu'il est devenu ?

Je crois que ça dépend ce qu'il y a derrière : ça m'aidait si je savais qu'il allait bien, mais au contraire ça ne m'aidait pas si au contraire je savais qu'il était très diminué.

Dans les études américaines menées sur les internes, beaucoup disent qu'ils ont peur d'avoir un procès. Alors en France on n'y est pas encore, mais est-ce que tu t'es dit à un moment donné que tu allais avoir un procès ?

Ca m'a traversé l'esprit sur le coup, mais après ce n'était vraiment pas ce qui m'inquiétait. C'était plutôt le fait que j'ai détruit une famille. A la limite on m'aurait fait un procès, j'aurais été d'accord. Après ça ne m'inquiétait même pas parce que dans ma bio, je n'avais pas de CRP, aucun argument pour une diverticulite, à l'ASP il n'y avait pas de poche d'air donc non, je n'y ai pas pensé après.

Est-ce que tu penses que les urgences sont un endroit à faire potentiellement plus d'erreur que dans un autre service ?

Peut-être, dans le sens où il y a de multiples intervenants. Oui parce que par exemple c'est un premier médecin qui prend un patient et puis ensuite c'est la relève et il n'y a pas forcément les mêmes informations.

Et le cours que tu avais fait sur l'erreur médicale, ça t'as bien aidé ?

Oui parce que même si mes co-internes avaient aussi eu des erreurs qui les avaient marqués, on était 20-25 et finalement on avait tous fait des erreurs. Tout le monde n'avait pas envoyé un mec en réa mais tout le monde avait fait une erreur.

Est-ce que tu penses que c'est utile des cours comme ça ?

Je pense que c'est beaucoup plus intéressant d'avoir des cours comme ça plutôt que des cours de pédiatrie ou santé de la femme qu'on connaît déjà, qu'on a déjà bossé pour l'internat. C'est des sujets qu'on n'a jamais abordé et c'est des cours qui nous aident à mieux vivre notre pratique. Il faut que dans notre tête ça soit ancré que ça arrive et que c'est entre guillemets « pas grave », ce n'est pas une raison de se remettre autant en cause, et de se plomber autant le moral, de vouloir tout arrêter, d'être persuadé qu'on est minable.

Merci beaucoup.

Entretien B

J'étais en stage en médecine interne, j'étais en troisième semestre, j'avais un patient, d'une cinquantaine d'années, qui était VIH depuis environ 10 ans avec une charge virale indétectable, sans traitement. Il venait pour des douleurs dorsales avec au scanner une image de lyse osseuse, on ne savait pas si c'était infectieux, on voulait l'explorer; il était diabétique, il avait une nécrose d'un orteil, il avait déjà été amputé et il en avait un autre qui se nécrosait. En fait il venait pour ça, on devait l'explorer; c'était moi qui m'occupais de lui. Sa douleur était très importante, dorsale et aussi épigastrique. Il avait eu un épisode d'hémorragie digestive en plus pendant son hospitalisation, il avait eu une fibroscopie, il avait été traité mais il avait toujours sa douleur épigastrique. En fait, j'avais appelé l'interne d'orthopédie pour un avis sur son orteil, pour savoir si ça nécessitait une amputation et pour savoir s'il fallait faire un geste, faire un prélèvement interapophysaire. Donc pour le prélèvement il m'avait dit qu'il allait en parler en staff et pour l'orteil il fallait faire une amputation, il avait fixé une date pour ça. Donc moi j'avais organisé tout ça, j'avais appelé l'anesthésiste pour faire la consultation d'anesthésie.

Et donc il passe au bloc tardivement, le soir vers 21 h je crois. Et le lendemain matin, vers 6h du matin, l'interne de garde avait été appelé pour une hypotension chez ce patient. Pour une tension vers 8 et quelques, alors qu'il avait une tension tout à fait correcte avant. Il avait appelé le réa qui avait fait un ECG et en fait à l'ECG en fait il y avait un infarctus. Donc il a été hospitalisé en réa, il est resté en réa presque 15 jours et en fait il est décédé dans les suites. Voilà. Et donc on avait repris tous les ECG pour revoir un petit peu l'histoire: dans les ECG initiaux il y avait un ECG qui avait été demandé quand il était encore en médecine, que je n'avais jamais vu. Je n'étais pas là le jour où il y avait eu cet ECG. J'avais vérifié dans mon agenda pour voir si c'était moi qui l'avait demandé et si c'était quelqu'un d'autre. Et sur cet ECG il y avait un sous décalage du segment ST dans pas mal de dérivations, alors forcément avec l'anesthésie par dessus....et donc moi je n'avais pas forcément vérifié les derniers

ECG, j'avais tout donné à l'anesthésiste en disant "il y a des ECG" parce que je savais qu'il y en avait. L'anesthésiste lui non plus n'avait pas vérifié, il n'avait pas vu et donc on a envoyé le patient au bloc. Déjà quand il est arrivé au bloc, quand on a regardé la feuille d'anesthésie il avait une Sat à 80%, avant l'anesthésie et après il a été anesthésié et donc il n'a jamais récupéré une bonne sat ni une bonne tension.

Et donc moi dans l'histoire, mon erreur c'était de ne pas avoir vu cet ECG là. Et je m'en suis vachement voulu parce que c'est vrai qu'il se plaignait toujours d'une douleur. Au début il avait une douleur épigastrique qu'on avait mise sur le compte de l'hémorragie digestive et après sa douleur dorsale qui persistait, qu'on avait traitée par morphine. Moi je n'avais pas pensé à refaire l'ECG. Je m'en suis voulu, c'était un patient qui était assez jeune, j'avais un bon contact avec lui, il en avait ras-le-bol, il voulait sortir. Donc mon erreur c'était de ne pas avoir demandé d'ECG pour un diagnostic qui est simple et de ne pas avoir vu cet ECG je ne l'expliquais pas.

Quand tu as appris qu'il était parti en réa, qu'est-ce que tu t'es dit ?

C'était un samedi matin, j'étais là, j'étais en panique, je me disais mince. Surtout mon co-interne m'a dit, "il paraît qu'il y avait un ECG avec un sus décalage qui datait de 3-4 jours avant". J'étais en panique, je me disais "mince je ne l'ai pas vu, c'est moi qui l'ai demandé, je ne l'ai pas vérifié". Je ne me souvenais pas pourquoi je l'avais demandé, peut-être parce que cette douleur perdurait. Et en fait non, ce n'est pas moi qui l'avait demandé. Je n'osais plus descendre en réa pour faire le compte-rendu, j'avais peur de me faire incendier par les réa parce que j'étais passé à côté. Et puis j'ai su qu'il était décédé et quand j'ai fait le compte-rendu, quand le dossier est remonté, c'est vraiment là que j'ai fait ma recherche en regardant les dates et j'ai vu l'ECG où c'était franchement flagrant. C'est ça qui m'a...enfin l'impression d'être passée à côté d'un infarctus.

Et au niveau de ta responsabilité, tu l'estimes à combien ta responsabilité ?

Je me sens en partie responsable, pas à 100% parce que c'est vrai que ce n'est pas moi qui l'ai anesthésié, il y avait une consultation avant, avec l'anesthésiste. Mais je suis responsable au moins de moitié avec l'anesthésiste, parce que c'était mon patient, c'était moi qui le suivait. J'aurais pu me poser des questions parce que c'était moi qui le suivait, surtout par rapport à sa douleur, vérifier qu'il n'y avait pas de cause cardiaque, vue qu'elle s'était majorée et qu'il était diabétique et que son diabète était mal équilibré, qu'il avait déjà des facteurs de risque cardiovasculaire. Et il était VIH aussi.

Est-ce que tu penses que c'était une erreur évitable ?

ah oui

A qui est-ce que tu en as parlé, le jour même et après ?

A mon co-interne qui était là ce jour là, mais très vite fait et lui il m'a dit "mais écoute ce n'est pas toi, c'est l'anesthésiste". Et puis le weekend est passé, je ne suis plus retourné en stage et c'est le lundi et mardi que j'en ai parlé avec le chef qui s'occupait de ce patient, qui lui m'a dit "ce n'est pas du tout de ta faute, ce n'est pas du tout de ma faute, on n'a aucune responsabilité, sa douleur n'était pas du tout angineuse, il n'y avait pas de point d'appel. Les anesthésistes sont là pour ça, si ils ne lisent pas les ECG avant de les envoyer au bloc ce n'est pas la peine, il avait déjà 80% de sat avant qu'ils l'endorment". J'aurais voulu qu'on en discute mais pour lui c'était tellement évident, il n'a pas détaillé la chose. J'ai juste posé la question timidement, parce que c'était le vieux chef d'une cinquantaine d'années, interniste et tout, et pour lui c'était que la faute de l'anesthésiste.

Et qu'il te dise ça, ça t'a aidé ?

Oui ça m'a aidé, ça me déchargeait lâchement sur l'anesthésiste en me disant, voilà, il aurait pu aussi regarder. Mais je suis en partie responsable parce que je l'examinais tous les jours et que même si la douleur était toujours intense, je lui disais que "oui les spondylodiscites ça fait mal". La douleur était d'origine dorsale, il avait de la morphine, à des doses assez importantes.

Tu penses que tu as été soutenue ?

Pas assez, parce que lui, quand il m'a dit...enfin quand mon chef s'est déchargé de toute responsabilité, il m'a inclus aussi...mais après j'aurais bien aimé en reparler quand j'ai su qu'il était décédé, j'aurais aimé un peu parler. J'avais juste parlé avec le psy qui passait quand je faisais mon compte-rendu, je me souviens, je lui ai dit "mais à quoi ça sert de faire des compte-rendu pour des gens qui sont décédés ?" et il m'a dit "mais justement c'est très important, ça t'aidera à faire une prise en charge jusqu'au bout"...enfin il m'a un peu expliqué ça, et ça m'avait aidé. Je ne lui avais pas du tout raconté l'histoire, je disais juste que j'avais une tonne de comptes-rendus et que c'était la fin du semestre et que je voulais faire le tri et il m'a dit "mais non tu devrais le faire, ça va t'aider". Et c'est vrai qu'après, le fait d'avoir fait le compte-rendu, j'ai remis un peu les choses en place pour voir un peu l'histoire. Mais je pense que j'aurais pu être soutenue un peu plus.

Mais comment ?

Peut-être en discutant avec le chef, peut-être avec les réa parce que leur en parler...enfin j'avais peur de ce qui pouvait me reprocher. Pour moi c'est une erreur...enfin passer à côté d'un infarctus quand on est médecin c'est vraiment la honte. Je n'osais pas aller leur demander, leur en parler.

Et ça a changé quelque chose dans ta façon d'exercer ?

Oui après ça j'ai essayé d'être plus rigoureuse: à chaque fois que je faisais un examen complémentaire je me forçais vraiment à vérifier et être sûre que j'avais vraiment vu le résultat en temps et en heure. Peut-être que je faisais plus attention à la lecture des ECG.

Là le patient est décédé, mais s'il n'était pas décédé tu penses que tu en aurais parlé avec lui ?

Ba oui, s'il était revenu dans mes lits, je lui aurai reparlé parce que ça aurait été moi qui m'en serait occupé. S'il m'avait demandé ce qu'il s'était passé, je lui aurai dit que voilà...enfin je ne lui aurais peut-être pas dit que c'était de ma faute, je n'aurais pas été aussi honnête. Je lui aurais dit que le cœur n'était pas assez solide avant l'opération.

Tu n'as jamais vu la famille ?

C'était un patient qui était seul, il travaillait, il avait une compagne mais que je n'ai jamais vu. C'était un ancien toxico, il y a dix ans, qui était complètement sevré, c'est comme ça qu'il avait contracté son VIH.

Tu disais que tu en avais parlé avec tes co-internes, ton chef, tu en as parlé avec d'autres gens ou pas ?

Avec mon copain, avec des gens proches, mais le soir même juste avec mon copain. On était 4 co-internes donc on en a reparlé, ils essayaient de me déculpabiliser. Après je ne sais pas si c'était parce qu'ils étaient sympas ou parce qu'ils pensaient que ce n'étaient pas de ma faute mais je pense que c'est plus parce qu'ils étaient sympa...

Est-ce que à un moment donné tu t'es dit "je vais avoir un procès" ?

Peut-être pas sur le coup mais le soir après quand j'en ai parlé avec mon copain, le weekend j'y ai pensé. Je me suis dit "un ECG avec un ST moins en cours d'hospitalisation, non vu et non traité...", j'y ai pensé.

Qu'est-ce qui a été le plus difficile pour toi dans cette histoire ?

Ba le fait d'être passé à côté et le fait qu'il soit décédé surtout. C'était une mort évitable...et une mort évitable ce n'est pas dans l'image du médecin que je voulais être...

Merci beaucoup.

En off, dans un conversation entre amies, juste après :

Mais moi je me rappelle quand j'ai fait mon erreur, avec les dix comprimés, j'ai pleuré, j'étais en colère, j'avais envie de hurler...

Ah mais moi aussi, je suis rentrée chez moi et j'ai pleuré et pleuré. J'étais trop mal, je ne savais pas quoi faire...c'était trop la honte quoi...passer à côté d'un infarctus...la honte.

Entretien C

C'était quand j'étais aux urgences en deuxième semestre d'internat de médecine générale, j'ai vu une patiente le matin qui venait pour des paresthésies des membres inférieurs, chez une femme de 53-55 ans, elle fumait une dizaine de cigarettes par jour. Elle décrivait des paresthésies des membres inférieurs depuis environ deux mois, là ça c'était aggravé. Elle avait vu son médecin traitant qui l'avait adressée à un autre médecin généraliste qui était plus spécialisé dans ces problèmes neurologiques. Il y avait eu un scanner qui avait été fait, au niveau du rachis lombaire et sacré, qui ne retrouvait rien de particulier hormis une petite hernie au niveau de L4-L5, mais qui n'expliquait pas les troubles. Alors moi, quand je l'examine, j'avais vraiment rien de particulier, un examen strictement normal, pas de déficit sensitif, pas de déficit moteur. J'étais déjà passé dans un service de neurologie et donc j'ai vraiment fait les réflexes, la sensibilité superficielle et profonde. Elle avait vraiment juste des paresthésies. Donc j'ai fait un courrier pour un neurologue. Je demande à mon chef de la revoir, lui il la regarde vaguement, comme ça. On fait un courrier, on lui dit d'aller voir un neurologue en ville pour essayer de voir ça d'un peu plus près. Et donc je la laisse repartir, et puis c'était un jour où j'avais vu quatre, cinq patients pour un lumbago, c'était douleur dorsale, rachialgies, sciatalgies, c'était vraiment dans un contexte...enfin j'étais plutôt parti sur un problème de ce type là.

Le soir, je reçois un coup de fil d'un type qui veut me parler, et qui me dit « écoute ta patiente de ce matin, je viens de la voir, elle a un Guillain-Barré ». Je dis « comment ça un Guillain-Barré ? ». « Tu t'es complètement planté, il faut que tu apprennes à examiner les patients, elle a un Guillain-Barré. On lui a fait la ponction lombaire, dissociation albumino-cytologique ». Donc là je reste bloqué en me disant p.... m.... je suis passé à côté d'un Guillain-Barré. J'ai fait un connerie, j'ai loupé le diagnostic de Guillain-Barré, c'est quand même un diagnostic évident, hyper grave, il ne faut pas passé à côté de ça, je suis nul. Ca m'a vachement remis en question, puis j'en ai reparlé au chef qui me dit « ah bon, un Guillain-Barré, c'est bizarre ça ne ressemble pas. » Alors on a repris tout le dossier et on s'est dit, quand même il y a des choses qui ne vont pas avec un Guillain-Barré, mais s'il dit que c'est un Guillain-Barré, c'est un Guillain-Barré.

La suite de l'histoire est plutôt amusante, je reçois un coup de fil quelques heures plus tard qui m'appelle et qui me dit « salut, comment tu vas ? On a reçu ta patiente qui nous a été adressé par un urgentiste pour une suspicion de Guillain-Barré ». En fait c'était un ancienne externe à moi, qui avait mon numéro personnel et qui m'appelait pour me raconter l'histoire. « En fait c'est pas du tout un Guillain-Barré, en fait elle a fait une compression médullaire, au niveau du rachis dorsal, sur un cancer pulmonaire métastasé, donc elle est en réa ». En fait pour moi l'histoire se termine bien, pour la patiente beaucoup moins, mais il y a quand même ce moment, pendant une douzaine d'heure, où j'étais persuadé d'avoir fait une erreur médicale.

Et ce que j'ai ressenti surtout c'est vraiment la solitude. Voilà j'ai fait une erreur, on a revu le dossier mais vraiment rapidement, le chef il était « ah ouais, bon d'accord ». il en avait vu d'autres et il n'était pas du tout gêné plus que ça, mais moi j'ai vraiment senti ce sentiment d'abandon, de solitude. D'être tout seul dans ce monde, dans les connaissances médicales, d'avoir été submergé par ça, et de ne pas avoir réussi à gérer la situation correctement. C'est vraiment ce que j'ai ressenti. Voilà. Si tu as des questions, par rapport à cette situation ?

Donc tu as parlé à ton chef de cette erreur, est-ce que tu en as parlé à d'autres gens ?

J'en ai parlé avec mon tuteur, beaucoup plus tard, six mois après et j'en ai parlé au cours d'une séance Balint organisée par la fac lorsque j'étais chez le prat'. Mais ce n'était pas une vraie séance Balint, c'était une formation pour nous montrer ce qu'était une séance Balint. Donc j'en ai un petit peu parlé à ce moment là, mais même si j'en ai parlé, je n'ai toujours pas digéré le truc.

Même maintenant ?

Même maintenant. Enfin on va dire que j'en ai beaucoup parlé, de toute façon avec le temps les choses se tassent un peu, mais il me reste toujours en mémoire et régulièrement j'y repense et par exemple, quand j'examine un patient, enfin non plutôt quand j'ai fait des prescriptions téléphoniques des urgences etc, certaines fois où je ne me sens pas très à l'aise, même si j'ai géré, au moment où je vais partir, au moment où je vais aller me coucher je me dis, « aller, je vais quand même jeté un coup d'œil » parce que j'ai quand même peur de passer à côté de quelque chose. Voilà ça me reste toujours, ça reste derrière l'oreille, dans un petit bout de cerveau et ça me culpabilise. Je vais plus aller voir ce qui se passe par culpabilité, pour ne pas reproduire ce schéma.

Donc quelque part ça t'a quand même apporté quelque chose

Ah oui, oui. Pour le coup ça m'a miné pendant un certain temps, mais après j'ai essayé d'en faire quelque chose de constructif, pour améliorer ma pratique et pour essayer d'améliorer ma façon d'améliorer ma pratique de la médecine. Ça ne m'a pas déprimé, pour le coup j'essaie d'en construire quelque chose de bénéfique.

Quand tu dis que ça t'a miné un certain temps, c'est combien de temps ?

J'étais pas bien et j'y pensais tous les jours pendant deux semaines, deux, trois semaines, j'étais pas à l'aise.

Au niveau personnel ça a eu de l'impact ou pas ?

Non, pas vraiment, peut être pendant une ou deux nuit j'ai eu du mal à m'endormir mais sinon non, pas vraiment.

Est-ce que tu en as parlé à des proches ?

A ma femme qui est médecin. Avec qui je discute de beaucoup de chose, de notre pratique quotidienne. On fait des debriefs où on raconte un peu nos anecdotes et puis nos moments un peu difficiles. On se soutient un peu à ce niveau là, on se fait un petit Balint le soir à la maison devant notre repas du soir ! (rires)

Au niveau des conséquences pour la patiente, qu'est-ce que tu penses ?

Je ne pense pas que ce soit très grave car la compression médullaire était déjà bien débutée à ce moment là, on n'aurait rien fait de plus. Juste la seule chose elle ne serait pas rentrée chez elle, on l'aurait hospitalisée, et transférée en neurochirurgie en urgences et ça n'aurait pas changé grand-chose au pronostic de la dame. Donc ça n'a rien changé mais au moment où je pensais que c'était un Guillain-Barré, effectivement ça aurait pu modifier le pronostic, peut être...ou peut être pas. Le Guillain-Barré ça n'est pas grave si c'est pris en charge, ça régresse, donc la plupart du temps il n'y a pas beaucoup de conséquences.

Au niveau de l'« évitabilité », au moment où tu pensais que tu étais passé à côté d'un Guillain-Barré, est-ce que tu penses que tu aurais pu éviter cette erreur ?

Si ça avait été un Guillain-Barré oui, mais comme ça ne l'était pas, non. Finalement ça n'a pas été une erreur mais si ça avait été une erreur, ça aurait pu être évitable. Ça n'aurait pas changé le pronostic mais ça aurait pu être évitable.

Comment ?

Peut-être avec un examen de mon chef plus approfondi, et peut-être si les paresthésies progressaient et que la patiente consulte pour ça, je pense que oui. La notion que je n'avais pas vraiment à l'époque c'est que si les gens viennent consulter pour quelque chose, c'est qu'il se passe quelque chose et il faut vraiment s'en intéresser d'avantage, quitte à mettre la personne en observation pendant quelques temps pour voir l'évolution. Mais voilà, la patiente pour moi elle venait avec un symptôme X à un moment donné T, je n'avais pas l'histoire de la maladie qui rentrait en compte alors que maintenant, avec l'expérience, l'histoire de la maladie rentre en compte. Je n'aurai peut-être pas géré la chose de la même manière.

Au niveau de la responsabilité, tu penses que tu étais responsable tout seul, qu'il y avait aussi ton chef ?

Je me sentais responsable moi tout seul. Je l'ai vraiment mal vécu de ce point de vue là. Si le chef était passé derrière ça m'aurait complètement déculpabilisé, mais pour le coup, comme il est passé vite-fait, il a juste jeté un œil, ça m'a culpabilisé moi. Je me suis dit « j'aurai dû aller plus loin, j'aurai dû lui demander notamment de vraiment l'examiner la patiente etc. Ou peut-être ma présentation du patient n'était pas bonne et ça ne l'a pas suffisamment inquiété. J'ai culpabilisé moi seul.

Quel était le soutien que tu as eu de ton chef, quand tu as eu le coup de fil ?

Alors on a repris le dossier en prenant un cours sur le Guillain-Barré, en comparant les éléments du dossier et le cours et à la fin il a dit « ba non c'est pas ça ». Il est passé à autre chose mais moi je n'étais pas du tout rassuré, j'avais encore besoin d'en parler, j'étais encore très mal et à ce moment là il n'était plus présent. Donc il n'y a vraiment pas eu de soutien, d'explication, de « débriefing ». C'était juste un constat, on reprend les données, c'est ça/c'est pas ça bon ba voilà. Il s'est vraiment intéressé à l'aspect purement médical et pas du tout à ma vision des choses et à mon ressenti. C'est surtout ça qui m'a gêné, c'est qu'il ne s'est pas du tout intéressé à mon ressenti de la situation mais à l'aspect purement médical et factuel.

Qu'est-ce qui aurait pu t'aider ?

Qu'on se pose cinq minutes devant un café et qu'on discute de mon ressenti pour le coup. Qu'on voit les choses non pas sur le plan factuel, mais sur le plan de comment j'ai ressenti les choses. Mais ça on ne l'a pas fait, parce qu'il a dit « non ce n'est pas un Guillain-Barré, ça doit être autre chose », on n'a pas du tout parlé de comment moi j'ai pris en charge la situation, comment on aurait pu prendre en charge la situation.

Quand tu en as parlé à cette séance Balint, ça tu penses que ça t'a soulagé ?

Euh...pas particulièrement parce que j'avais déjà fait ma psychothérapie de soutien tout seul, et c'était longtemps après, presque un an après donc à ce moment là ce n'était plus tellement d'actualité.

Est-ce que tu penses qu'à la fac on devrait avoir plus de cours sur la gestion des émotions, sur l'erreur ?

C'est vrai qu'il faudrait faire des cours mais enfin ma vision des choses c'est qu'à la fac, ils aiment bien les choses théoriques. Quelque chose que je trouve complètement dépassé en termes de pédagogie c'est le savoir, savoir faire, le savoir être. On ne peut pas enseigner le savoir être, on ne peut pas enseigner comment réagir dans telle ou telle situation. C'est vraiment du compagnonage pour moi et pas de l'enseignement théorique. On ne peut pas faire uniquement des cours sur des savoirs. On pourrait organiser des séances avec le tuteur, plutôt qu'avec la fac, où justement on parle de situations difficiles. Je ne pense pas que ce soit le rôle de la fac de faire ce genre de chose. C'est mon avis personnel, à la fac on doit faire de l'enseignement théorique et pratique, mais être en groupe de 15 ou de 20 et de parler de ce genre de chose je trouve que ça ne permet pas d'avancer. On est trop nombreux, on n'est pas dans des disposition pour et surtout c'est toujours les mêmes qui vont parler et ceux qui ont vraiment quelque chose à dire, ils n'osent pas parler et finalement les gens trouvent le temps long car ils ne sont pas du tout impliqués.

Si tu avais revu la patiente, si elle avait eu un Guillain-Barré est-ce que tu lui en aurais parlé ?

Oui, je lui aurai dit que je m'étais trompé dans le diagnostic. Oui honnêtement je lui en aurai parlé, j'aurai dit que c'était un diagnostic qui est rare et que je m'étais trompé. Mais heureusement, elle a été prise en charge, je l'aurai rassurée à ce niveau là. Peut-être aussi pour me dédouaner un peu, pour me déculpabiliser et aussi parce que aussi j'estime que le patient a le droit de savoir les choses, et aussi parce que c'est honnête de dire qu'on s'est trompé et il ne faut surtout rien cacher. Et pour le coup si on se cache après, on est plus susceptible d'avoir des procédures. Et surtout il y a une perte de confiance dans la relation médecin-malade, alors que si justement on parle de nos difficultés, de nos échecs, on se rend compte que le travail se fait à deux et que la relation médecin-malade s'en trouve renforcée.

Justement, dans la littérature, les études américaines montrent que les internes ne parlent pas de leurs erreurs ni à leurs référents ni aux patients car il y a cette crainte du procès. Est-ce que toi, cette peur t'a traversé l'esprit ?

La crainte d'un procès, pas du tout...ou alors peut-être que si, à un moment, je me suis vu derrière les barreaux, dans un rêve, mais je ne l'ai pas verbalisé, je ne l'ai pas formulé. Si j'ai dû me voir derrière les barreaux mais sans que ça m'ait traumatisé.

Donc ce n'est pas ça qui a été le plus difficile...

L'absence de « debriefing » sur le ressenti, vraiment.

Merci beaucoup.

Entretien D

J'étais en gériatrie en soins de suite, c'était il y a neuf mois, c'était au mois de novembre 2009 et je suivais une dame de 90 ans, d'origine marocaine. Enfin j'ai repris le dossier parce que c'était quand je suis arrivée dans le stage. Elle était hospitalisée là depuis un moment pour une décompensation respiratoire sur une BPCO et elle allait de mieux en mieux. Ma chef m'avait présenté la patiente comme sortante ou quasi sortante, sauf que la famille, qui s'en occupait, car elle habitait chez une des filles, voulait qu'elle aille en soins de réadaptation où il lui ferait des massages des jambes, où il lui ferait des choses assez incroyables. Et donc ma chef m'avait dit « ne t'occupes pas trop de la famille, elle est un peu pénible. Si la dame va mieux elle rentre à la maison ». Donc j'ai fait ma visite plusieurs fois, la dame allait effectivement mieux, jusqu'au jour où elle allait moins bien et elle s'aggravait de nouveau sur le plan respiratoire. La fille ne comprenait pas trop pourquoi du coup on ne la faisait plus sortir. Effectivement la fille était toujours là, elle demandait tout le temps des explications alors qu'elle ne comprenait pas trop sur le plan médical ce qui se passait.

Et puis un jour la patiente a fait un trouble de la conscience assez important un matin, donc je suis allée au chevet de la dame et j'ai appelé les réanimateurs parce qu'elle était en coma Glasgow 3, qui m'ont demandé de raconter l'histoire et quel traitement elle avait. Il se trouve qu'elle avait dans ses médicaments des benzodiazépines en somnifère le soir et donc ils ont fait par téléphone le diagnostic de surdosage en benzodiazépines, ils sont arrivés dans le service assez rapidement, ils ont mis une ampoule d'Anexate, antidote des benzo et ça a réveillé tout de suite la dame. Il n'y avait pas d'erreur de prescription seulement c'était une femme BPCO qui avait probablement eu un peu trop de benzo. On explique le problème à la fille, qui comprend ce qu'il se passe et le lendemain ou le surlendemain, la dame refait un trouble de conscience.

Donc je rappelle les réanimateurs et ils réessaient l'Anexate, suite à leur première expérience, là ça ne réveille pas la patiente et on fait le diagnostic d'un probable problème épileptique. C'était une dame qui était connue épileptique. A ce moment là elle était en coma profond, enfin, elle ouvrait encore les yeux, elle avait une réponse des yeux, et donc on l'envoie en EEG en urgence. Donc je la brancarde moi-même avec la secrétaire du service et le réanimateur m'avait dit « il faut qu'elle ait l'EEG en urgence, je repasse la voir quand elle revient de l'EEG ». L'EEG m'appelle en me disant « c'est un état de mal épileptique, sur je ne sais pas quoi, probablement un médicament ». Apparemment la Rocéphine. Et elle me dit qu'il faut instaurer un traitement, je ne sais plus quoi, un anticonvulsivant je ne sais plus lequel, et elle me dit « c'est quand même un peu embêtant cette histoire ».

La dame remonte, je rappelle le réanimateur puisque la dame n'était pas bien et il me dit de faire un autre traitement de ce que m'avait dit la dame de l'EEG. Bref donc moi j'étais complètement perdue parce que l'état de mal épileptique c'est quelque chose que je ne connais absolument pas. Evidemment ma chef était quand même là, donc je vais la voir et ...enfin elle était là depuis le début mais c'est quand même moi qui gérait pas mal l'histoire, et elle me dit « vas-y, on commence le traitement » alors je ne sais plus, de la Dépakine je crois, bref un anticonvulsivant, elle me dit « on commence le traitement et on voit comment ça se

« passe », sachant que la fille de la patiente était toujours là à nous dire « mais ma mère n'est pas bien, elle n'est pas bien ». Et donc on commence le traitement, je surveille ça de loin et on se renseigne sur le pronostic de l'état de mal épileptique, on voit que dans 90% des cas les gens meurent dans les 2 mois, et donc on avait un très mauvais pronostic pour cette dame.

Donc on tente le traitement, ça c'était vers 15 h et vers 17h la fille venait me voir tout le temps en me disant « ça ne va pas, ça ne va pas ». Je la réévaluais et vers 17h elle s'est aggravée, elle est tombée dans un coma vraiment profond. Là s'est posée la question, est-ce qu'on rappelle encore une fois les réanimateurs. Ma chef était encore là, elle me dit « on continue encore le traitement, les réanimateurs avaient dit qu'ils passeraient » mais ils n'étaient pas repassés et ce n'était pas très clair, on ne savait pas trop quelle attitude tenir et moi dans ma tête je me disais « cette dame elle a 90 ans, qu'est-ce qu'elle va faire en réanimation, elle sera intubée, elle sera comme un légume et est-ce que c'est une fin souhaitable ? » et je me posais ces questions et je n'ai pas appelé les réanimateurs.

Et ma chef est partie en me disant « attend encore les réanimateurs, s'ils ne passent pas rappelle les parce qu'on ne peut pas passer la nuit comme ça » et vers 20h j'ai rappelé les réanimateurs. Mais il s'est quand même passé à peu près 3 heures où je n'ai pas rappelé les réanimateurs alors que j'aurais dû les relancer, quasiment quand elle est remonté de l'EEG. A 20h le réanimateur avait changé, ce n'était plus celui du jour et quand il est arrivé, elle s'était arrêtée dans la seconde où il est arrivé et moi j'avais commencé le massage cardiaque. La dame a été réanimée dans le service et elle est passée en réanimation. Tout ça sous les yeux de la fille.

Bon évidemment moi j'étais dans un état assez catastrophique parce que je me disais « mais qu'est-ce que j'ai fait ? Pourquoi je n'ai pas appelé plus tôt ? » parce que 3 heures plus tôt elle n'était pas en arrêt. Là elle s'était arrêtée quand même assez longtemps. Mon erreur à ce moment là dans ma tête, c'était de ne pas avoir appelé les réanimateurs à son retour de l'EEG. Et donc je suis rentrée chez moi et ça été très très dur, je n'ai pas dormi de la nuit, j'ai pleuré toute la nuit. Et je suis revenue le lendemain matin, je me suis faite engueulée par le réanimateur du jour, de la veille, qui m'a dit « mais enfin, on en avait parlé dans la journée, je ne comprends pas qu'elle soit dans mes lits, et en plus apparemment elle s'est arrêtée, qu'est-ce que tu as foutu ? » etc. Et le problème c'est que ma chef m'a défendu en me disant « écoute ne t'inquiète pas, on en avait parlé ensemble, les réanimateurs devaient repassés, ils ne sont pas repassés. De toute façon c'est une dame de 90 ans ». En plus, ce que j'ai oublié de dire avant c'est que quand j'ai appelé à 20h, ils m'ont dit qu'ils étaient entrain de réanimer une dame de 20 ans aux urgences et que donc ils avaient autre chose à faire que de s'occuper une dame de 90 ans, ce que je peux très bien comprendre. Donc tout ça a trainé, du moment où j'ai appelé au moment où ils sont arrivés il y a eu à peu près une heure. Donc voilà, le réanimateur était furieux contre moi, moi ma cause était difficilement défendable parce que effectivement j'aurais pu les rappeler beaucoup plus vite. Et ma chef me soutenait mais elle n'a jamais pris le téléphone pour répondre au réanimateur. Parce qu'elle avait suivi les choses de son bureau en fait, elle n'avait pas été physiquement présente tout le temps. Voilà, donc la dame a passé un mois en réanimation, ils ont fini par l'extuber, elle a trainé en soins palliatifs parce qu'elle respirait spontanément pendant 1 semaine et puis elle est morte. La fille est revenue nous voir dans le service pour nous accuser de ne pas avoir transféré sa mère en réanimation assez tôt, elle a dit qu'elle ferait un procès mais apparemment il n'y a pas eu de suites. Et voilà.

Tu penses que c'est toi qui es responsable à 100% ?

Ce n'est pas entièrement moi, mais c'est un problème de coordination et c'est quand même moi qui coordonnais les soins. C'est quand même moi le pivot. Ce n'est pas que moi parce que ce n'est pas moi qui prenait directement la décision de l'envoyer en réa etc et je pense que le réanimateur aurait dû l'admettre en réanimation plus tôt s'il y pensait qu'il y avait indication à la réanimer. Mais le réanimateur de la journée n'a jamais dit clairement s'il y avait indication à réanimer ou pas en cas d'arrêt cardiaque etc. donc ce n'était pas que moi, c'était partagé entre lui moi et ma chef qui physiquement n'était pas vraiment sur place. Mais étant le pivot j'estime que c'est moi qui aurait appelé la réanimation.

Mais quelque part, est-ce que tu n'as pas juste fait un choix ?

Alors c'est le problème : j'ai fait ce choix là alors que je les avais appelés une première fois. Ce n'était pas à moi de décider si elle était « réanimatoire » ou pas mais aux réanimateurs et je ne leur ai pas laissé le choix parce qu'en je les ai rappelés plus tard, son état clinique s'était aggravé et comme elle avait fait un arrêt cardiaque qu'on avait récupéré à ce moment là il était obligé de la garder.

Au niveau des conséquences pour la patiente, qu'est-ce que tu en penses ?

C'est terrible. Enfin je pense qu'elle serait morte cette dame quoi qu'il arrive parce qu'elle avait un pronostic défavorable mais je pense qu'on aurait pu lui éviter 2 mois et demi de réanimation si on s'y était pris à temps et qu'on avait eu une discussion avant. On aurait dit qu'elle n'était pas réanimatoire parce que le pronostic était trop grave. Ça aurait évité deux mois de réanimation et je pense que pour elle...

Cet événement qui pour toi était une erreur, à quel moment tu penses que c'était évitable ?

J'aurais dû insister. Je pense que c'est au moment où j'ai pris la décision d'attendre que les réanimateurs remontent d'eux-mêmes alors que clairement c'était à moi de les relancer jusqu'à ce qu'ils remontent. C'est à ce moment là que j'aurais dû insister, j'aurais dû descendre ma patiente. Mais je ne m'en suis pas occupée, j'ai laissé trainer les choses volontairement on va dire. Mais avec le recul je n'aurais pas dû parce que les conséquences ont été trop dures.

Est-ce que tu as reparlé de ce qui s'était passé avec ta chef ?

Oui. Je lui ai dit que j'estimais que j'étais en tort de ne pas avoir appelé. Elle m'a dit « non tu n'es pas en tort. C'était à eux de décider si il y avait réanimation à faire ou pas ». Envers moi elle a été tout à fait formelle. D'ailleurs elle m'avait appelé le soir chez moi à 22h30 quand je suis rentrée pour me demander comment ça c'était passé et elle tenait vraiment à ce que je lui en parle le soir même. Et le lendemain et les semaines d'après on en a reparlé souvent parce qu'on prenait en plus des nouvelles de la dame en réanimation. Elle m'a toujours dit que je n'étais pas responsable, que c'était aux réanimateurs de poser une indication mais elle n'a jamais pris son téléphone pour dire aux réanimateurs ce qu'elle me disait à moi. Ça ça été dur par

rapport aux réanimateurs. Elle m'a toujours défendue, elle m'a quand même soutenue psychologiquement, c'est vrai que le soir son coup de fil ça m'avait aidé. Enfin je n'avais pas dormi mais...

La patiente n'était plus en état de parler, mais avec la fille vous avait eu l'occasion de reparler ?

En fait je l'ai évitée. C'était aussi le problème de cette famille que j'avais évité depuis le début que j'étais là et donc j'ai continué à l'éviter après. C'est ma chef uniquement qui a parlé à la fille le lendemain, quand elle est venue nous accuser et nous agresser. C'est que ma chef qui lui a parlé, moi je ne lui ai jamais reparlé.

Est-ce que tu en as parlé à d'autres gens, des co-internes ?

Non je n'avais pas de co-internes mais j'en ai parlé à ma mère pas mal à l'époque, parce que je pleurais beaucoup avec cette histoire, ça m'a vraiment travaillé un long moment et surtout c'était le début de mon stage et c'était quand même dur. Mais j'en ai pas parlé beaucoup, enfin j'avais dû en parler avec toi. J'avais dû en parler, mais forcément tout de suite tout de suite. Dans le service j'en ai parlé à ma chef, à la secrétaire, avec les aides-soignantes mais en médecin il n'y avait que ma chef.

Est-ce que ça a changé quelque chose dans ta pratique ?

Pour l'instant je n'ai pas eu de nouveau le problème mais maintenant pour tout ce qui est avis extérieur, notamment de la réanimation parce que c'est quand même là que la question se pose le plus, si j'ai un doute je n'hésite plus à appeler, quitte à me faire « envoyer bouler » par les réanimateurs ou un autre avis spécialisé. Parce que j'estime que c'est mieux de faire par excès, même si en gériatrie il faut mesurer les choses, par excès que pas. Parce que c'est trop dur quand on ne fait pas.

Avant que la fille vienne et vous menace est-ce que toi tu t'es dit à un moment qu'il y aurait un procès ?

Non pas trop, je ne suis pas trop dans ce système de pensée. C'est vrai que j'ai été surtout très mal pour moi et pour la patiente et je n'ai pas trop imaginé ça.

En fin de compte, qu'est-ce qui a été le plus difficile pour toi ?

De supporter les conséquences de ce que j'avais fait ou pas fait, de supporter l'enchaînement des situations. Supporter physiquement sur le moment, parce que j'étais quand même dans un état physique assez horrible pendant que j'attendais les réanimateurs et je suis restée jusqu'à 21H, et puis elle s'est arrêté et j'ai dû masser. Donc physiquement ça avait été assez éprouvant et aussi de ressasser cette histoire pour savoir à quel moment j'avais fait l'erreur, et s'il y avait eu erreur est-ce qu'on aurait pu l'éviter. Ça ça a duré un bon mois derrière.

Et qu'est-ce qui aurait pu t'aider à ce moment là ?

Pas grand-chose. Enfin l'expérience je crois. Mais pas grand-chose d'autre parce que j'ai estimé que j'avais été assez soutenu par ma chef, sauf sur le moment, mais après coup elle a été là. Elle m'écoutait à chaque fois que je parlais, elle était quand même là à chaque fois que les réanimateurs appelaient, même si c'était moi qui répondait, elle était à côté de moi. Physiquement elle était là, mais après avec les mots c'est vrai que ça m'aurait aidé un peu qu'elle parle directement avec eux. Mais d'un autre côté ce n'est pas elle qui était physiquement présente. Enfin bon, pas grand-chose quoi.

Par rapport à notre formation qu'est-ce que tu penses qu'on devrait faire : des cours ? Des séances Balint ?

Ce qu'on m'a toujours dit c'est que pour éviter de faire des erreurs, il faut toujours faire des « débriefings ». C'est vrai qu'il y en a pas tellement. C'est vrai que les groupes Balint ça permet de faire le point sur certaines choses, mais pour l'erreur même on devrait faire des débriefings. Il paraît que dans l'aéronautique ils font des débriefings après chaque erreur d'un pilote. On devrait faire la même chose en médecine, en reparler avec chaque personne qui était là : discuter de ce qui a été fait, pourquoi on a fait l'erreur, ce qu'on aurait pu faire pour ne pas faire d'erreur. Mais pas forcément à la fac, plus dans le service où ça se passe, sur le terrain.

Merci beaucoup.

Entretien E

J'étais en sixième semestre aux urgences pédiatriques, c'était un soir de garde chargée, j'étais toute seule avec le chef. Et bon, ce n'est pas pour être méchante mais j'allais beaucoup plus vite que le chef, bon, on avait la salle d'attente qui était bondée et moi je voyais trois patients il en voyait un, enfin ce n'était pas le chef que je préférerais. Plus la salle d'attente se remplissait, plus ça me stressait et plus il fallait que j'aille vite. Il fallait que je finisse au plus vite pour pouvoir souffler un peu parce que je voyais que j'allais passer toute la nuit comme ça. Et en fait il y a un petit garçon que je reçois avec ses parents, que je ne trouvais pas particulièrement sympas, enfin ça ce n'est pas grave, mais ça a peut-être joué en fait, je ne sais pas ; et alors le motif de consultation c'était fièvre depuis 15h et il devait être 20H. Et c'était un dimanche, ou peut-être un samedi. Alors c'est un motif que je ne trouve pas forcément recevable quand on est aux urgences, on peut se dire « ils lui donnent du Doliprane® et ils attendent le lendemain », il n'y a rien de méchant quoi. Et ce d'autant plus que quand tu fais les examens souvent tu n'as rien. Je vois ce petit garçon, un petit peu grognon, mais je n'étais pas plus alarmée que ça mais par précaution j'ai quand même fait un ECBU, un bilan biologique. En l'examinant j'ai attribué cette fièvre à une otite, il avait les tympans rouges. Et je reçois les résultats, je ne me rappelle plus exactement le détail mais je me rappelle qu'il y avait 32 000 blancs. Ça ne m'a pas plus alarmé que ça, je crois que la CRP n'était pas fortement positive et je me suis dis c'est bon, c'est l'otite. Une ou deux heures après je reçois l'ECBU qui était négatif et j'ai renvoyé l'enfant avec ses parents avec de l'Augmentin®, 3 doses par jour, 8 jours, voilà. Et puis la nuit se passe, je vois des patients, des patients, des patients.

Quelques jours après, je suis convoquée chez la chef de service, qui me dit « ba voilà, je ne suis pas très contente, il y a une plainte d'une famille, c'est le petit garçon, tu l'as vu, la maman a dit que tu n'as pas été sympa, que tu n'as même pas dit

bonjour. Il n'était pas bien ce petit garçon, ils l'ont ramené à un autre hôpital le lendemain et ils ont trouvé une infection pulmonaire». Donc là je ne me sentais pas très très bien. Elle me dit « mais quand même tu n'avais pas vu les 32 000 blancs etc? ». Donc je lui raconte comment j'ai vécu les choses. Je me suis vraiment fait passer un savon. Pour le petit il n'y avait pas trop de conséquences, je n'avais pas tout faux parce que je lui avais quand même donné de l'Augmentin®. Mais la leçon que j'en ai tirée c'était d'être un peu plus vigilante sur les infections pulmonaires, pas que les infections urinaires pour les fièvres graves des tout petits. Je n'ai pas précisé mais il devait avoir 3 ans tout au plus, il ne savait pas bien exprimer ce qu'il avait. J'en ai tiré comme leçon de faire attention et d'un peu plus examiner les enfants, me pencher plus sur les examens complémentaires et surtout, même si le chef on ne l'aime pas, il faut lui demander son avis parfois, quand on ne sent pas trop l'enfant. Mais tu ne peux pas accabler ton chef à chaque fois, là c'était quand même de ma faute, mais c'est vrai que s'il avait un peu plus supervisé, je n'en serai pas arrivée là. Mais bon, c'était quand même de ma faute.

Tu n'as jamais revu la famille, tu n'en as jamais entendu parler après ?

Non, non.

Donc ils n'ont pas vraiment porté plainte ?

Non non. J'aurais peut-être dû appeler pour m'excuser, mais trop reconnaître c'est aussi s'enfoncer...

Au moment où la chef de service t'as dit « c'est une infection pulmonaire », qu'est-ce que tu t'es dit ? Qu'est-ce que tu as ressenti ?

Je me suis dit que je suis passé complètement à côté, que je n'y avais pas du tout pensé. Mais c'est vrai qu'après coup je me suis souvenu que la maman l'avait peut-être évoqué, elle avait dit « il a un peu mal dans la poitrine ». Mais j'en ai pas tenu compte, j'y ai pas pensé du tout et à l'auscultation ce n'était pas facile, il pleurait et en même temps je n'entendais rien de franc, de flagrant. Donc ça ne m'est pas venu à l'idée de faire une radio des poumons, ce d'autant plus que quand on commence la pédiatrie, on te brief en te disant « attention aux examens complémentaires, ne font pas des radio pour un oui, pour un non », donc spontanément je ne me suis pas dit « ah il faut lui faire une radio des poumons ». Après je le faisais. Après dès qu'un enfant avait de la fièvre et qu'il n'était pas bien je faisais la bio, l'ECBU et la radio des poumons. Voire la ponction lombaire quand c'était trop douteux encore.

Et après avoir été convoquée, tu en as parlé avec d'autres chefs ? le chef avec qui tu avais été de garde ?

Je ne me souviens pas très bien mais je crois que non. J'ai un peu laissé de côté, je n'étais pas très fière. Non, je n'étais pas très fière de moi donc je n'en ai pas reparlé.

Et avec tes co-internes ?

A vrai dire je ne sais plus, mais on n'était pas assez nombreux et on tournait donc je ne les voyais pas beaucoup. Je ne sais plus. Mais franchement ça m'a beaucoup marqué, j'y repense de temps en temps, je me méfie des enfants avec de la forte fièvre, je les envoie facilement à l'hôpital.

Est-ce que tu penses qu'il y a un moment dans ta consultation où tu penses que tu aurais pu éviter cette erreur ?

Oui, quand j'avais la biologie j'aurais pu me poser plus de questions. C'est vrai que 32 000 blancs c'est énorme. J'aurais pu me dire « mais est-ce qu'une otite explique ça ? », j'aurais peut-être du poser la question. Et parfois avec les infirmières ce qu'on faisait c'est qu'on travaillait ensemble, elles me montraient les résultats et je disais « c'est bon il rentre chez lui ». Mais c'était moi la responsable dans l'histoire et c'était à moi de dire « attend il faut que je le revois ».

Et qu'est ce qui aurait pu faire que tu prennes plus de temps ? Qu'il y avait moins de monde, que tu aies plus d'aide ?

Je pense que si les urgences n'avaient pas été engorgées par des bêtises, parce que c'est un peu ça, si j'avais eu le temps j'aurais sûrement été un peu plus sympa et plus attentive. J'aurais pris le temps de regarder un peu plus.

Tu as dit que ça a changé les choses dans ta pratique. Est-ce que ça a changé les choses dans ta vie personnelle ?

On se remet beaucoup en question, on se sent coupable, on se dit qu'on aurait pu faire une catastrophe. On se remet franchement en question.

Mais en tant que médecin ou en tant que personne ?

Les deux : en tant que médecin parce que je me suis dit que je n'avais pas été compétente et en tant que personne parce que je n'avais pas été sympa. J'étais vite énervée par ces consultations futiles. J'estimais que je n'étais pas là pour voir des rhumes et des bêtises, enfin ce que j'appelle des bêtises. J'étais là pour voir des vraies urgences, pas pour faire de la consultation de rhinopharyngite. Ça m'exaspérait. Et du coup je n'étais pas toujours sympa avec les gens quand ils venaient pour des trucs comme ça. Surtout quand tu as beaucoup de travail et que ça fait 24 heures que tu travailles et que tu n'as pas eu le temps de manger ou de dormir.

Est-ce que tu en as parlé à tes proches ?

Oui à mon mari, mais pas plus que ça. Mais l'impact c'est que maintenant que je suis maman, je comprends l'inquiétude des gens et je comprends la colère de cette maman envers moi.

Et en dehors de t'avoir convoquée, est-ce que la chef de service t'a soutenue ?

Ce que je ne peux pas dire c'est si elle m'a défendue. Je ne sais pas. Elle m'a demandé comment s'était passée la soirée, je lui ai dit qu'on était débordé. Mais pour elle ce n'est pas une excuse. On doit être vigilants pour chaque enfant. Et elle a raison. Mais c'est beaucoup plus difficile quand on n'a pas le temps. Enfin c'est peut-être une fausse excuse. Le problème c'est que la politique des urgences pédiatriques c'est de voir tous les enfants. Ils ne renvoient jamais en consultation sur une maison de garde alors que les adultes c'est le cas. On doit voir tout le monde.

Mais ce petit garçon tu aurais pu le renvoyer chez lui sans faire de bilan ?

Non, on voyait bien qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas. Il frissonnait, on voyait bien qu'il n'était pas bien. Une otite aurait pu donner ce tableau je pense.

Est-ce qu'à un moment tu as eu peur des répercussions judiciaires ?

Non pas trop. La lettre de plainte n'était une lettre qui disait qu'elle allait déposer plainte à la police mais juste une plainte de mécontentement. Je ne me suis pas du tout dit que j'allais avoir un procès mais je me suis dit que ça n'allait pas du tout, que je n'avais pas bien travaillé du tout.

Qu'est-ce qui a été le plus dur pour toi en fin de compte dans cette histoire ?

C'est de se dire qu'on a vraiment fait une erreur. Ce n'est jamais agréable de se dire qu'on a fait une faute, ou une erreur, qu'on n'a pas réussi. On se sent un peu mauvais quand même. C'est la remise en question surtout. On n'est pas particulièrement fier.

Qu'est-ce qui aurait pu t'aider avec ce sentiment ?

Peut-être qu'on me dise que je n'étais pas la seule responsable dans cette histoire. Qu'on ne rejette pas la faute entièrement sur moi, si j'avais été mieux supervisée je n'aurais peut-être pas fait ça. Mon chef n'était pas quelqu'un de mauvais mais quelqu'un de trop lent. Quand j'en voyais moi trois il en voyait un c'était quand même agaçant. Quand on va trop vite on a des loupés, ce n'est pas bien non plus. Je trouve qu'en tant qu'interne en médecine générale, il y a des moments pendant l'internat où on n'est pas bien supervisés. On pouvait faire beaucoup d'erreurs. On te laisse avec une responsabilité qui n'est pas tellement adaptée à ton niveau et quand on est tout seul de garde et que le chef dort ça nous facilite pas pour ne pas faire d'erreur.

Est-ce que tu penses qu'on devrait faire pour ces situations où on a fait une erreur et on n'a pas été assez soutenu ?

Il y a les groupes Balint, où je pense qu'on peut parler de ses erreurs mais je pense qu'il pourrait y avoir des groupes, tous les 2 mois, où on se réunit et on réfléchit tous sur l'erreur qui a été faite. Un peu comme une trace d'apprentissage. Sans accabler la personne bien sûr. Ou de faire une trace d'apprentissage « erreur médicale » où on raconterait ce qu'il s'est passé. Ça peut-être intéressant pour réfléchir, ou se soulager.

Se débarrasser du fardeau quelque part ?

Voilà. Mais j'aurai toujours dans ma carrière la crainte de faire une erreur. J'ai remarqué que quand je remplace, quand je reviens voir le médecin que j'ai remplacé quelques temps après, je lui dis toujours « est-ce que ça va ? Est-ce que je n'ai pas fait d'erreur ? ». J'ai toujours la crainte qu'il ait dû rattraper quelque chose. Je ne sais pas si c'est par rapport à cette histoire.

Mais c'est tous les jours que tu penses à ça ?

Non non, c'est juste pour les choses pour lesquelles je ne suis pas sûre. Quand j'ai le retour et que je ne me suis pas trompée je suis vachement contente.

Donc tu en as tiré quelque chose de plutôt positif de cette expérience ?

Ah bien sûr, ça ne m'a pas trop fait perdre ma confiance en moi. Je me suis dit, je vais me perfectionner. Et je me suis dit tant pis pour les examens complémentaires, si j'ai un doute je les fais. Ce n'est pas ça qui va aggraver le trou de la Sécu !

Entretien F

J'étais en fin de 3^{ème} semestre, à la dernière garde qui était la dernière du semestre, un dimanche soir. J'étais en stage aux urgences et de garde aux urgences, ma chef était parti mangé et j'avais été appelée dans les étages vers 22H30 pour voir un patient qui avait un cancer bronchique, hospitalisé en pneumo. Je crois qu'il était en palliatifs, enfin en tout cas il était grave et l'infirmière m'appelait parce qu'il avait 9/6 de tension depuis 20 minutes. Je monte le voir et je lui demande de m'expliquer, il me raconte qu'il avait envie de vomir. Quand je le vois il est assis au bord du lit, il a des nausées, il a envie de vomir. Il ne vomit pas mais il dit « je ne me sens pas bien ». Je l'examine, il avait toujours une tension très basse, il me dit qu'il n'a même pas pu aller à la chaise parce qu'il a eu ces nausées et qu'il s'est senti faible. En gros c'est quand il s'est levé pour aller de son lit à sa chaise il a eu des nausées et un malaise donc j'ai pensé à l'hypotension orthostatique. A l'examen il n'avait rien de particulier par rapport au dossier que j'avais. Je lui ai quand même fait un ECG, comme s'il avait été aux urgences et je ne trouve rien de particulier. Donc je me dis qu'on va le remplir un peu et le surveiller. Avant même de le remplir je demande à l'infirmière de reprendre la tension, elle était à 11/9. Donc ça allait dans le sens que je pensais : il a fait l'hypotension et le malaise en ce levant, mais savoir pourquoi il le faisait maintenant je ne savais pas trop. Je dis à l'infirmière de l'hydrater quand même et je lui dis de surveiller sa tension toutes les 20 minutes et de me rappeler s'il y a un problème, si ça ne se passe pas bien. Et en fait, plus tard dans la nuit, je continuais ma garde tranquillement, ma chef était partie se coucher et vers une heure du matin, je vois passer les aides soignantes qui parlent d'aller chercher un corps en pneumo. Et en fait je me rends compte que c'était le patient que j'avais vu. Il était mort. Et je ne savais pas pourquoi il était mort. J'ai hyper culpabilisé, je me suis « ce n'est pas possible que je l'ai vu une heure et demi avant, et je ne l'ai pas empêché de mourir ». Je me disais que ce n'était pas possible, je ne

comprenais pas, ce n'était pas possible qu'il ait fait un malaise et qu'il meurt après et qu'il n'y ait aucun lien. Ce n'était pas possible. Il y avait forcément un lien, je ne l'ai pas vu et ce n'était pas possible. Et donc j'ai appelé en réa en fait parce que comme il était « réanimatoire » l'infirmière avait appelé en réa et ils avaient essayé de le réanimer, il était reparti puis finalement il était mort. J'ai eu l'infirmière de réanimation, le chef était parti se coucher, qui m'a dit qu'ils avaient essayé de le réanimé mais qu'ils n'avaient pas réussi, et que je pouvais appeler le chef le matin. Plus tard je vois passer ma chef pour autre chose, je lui explique tout, la seule chose qu'elle me demande est « est-ce qu'il était tachycarde ? ». Je lui dis que non, qu'il était à 80. Elle me dit que c'est la seule chose qui aurait pu la faire agir différemment que moi, ça aurait été la seule chose qui l'aurait fait penser à l'EP. Elle me dit que soit il a fait un trouble du rythme, soit il a fait l'EP. Elle a essayé de me rassurer en me disant « mais de toute façon il avait un cancer, qui était métastasé et ce n'est pas comme si il avait une espérance de vie très longue ». Et il est mort et je ne sais toujours pas pourquoi. J'ai fini par avoir le réanimateur au téléphone le matin, qui n'a pas su m'expliquer quoi que ce soit, qui m'a expliqué la même chose que l'infirmière, qu'ils avaient essayé de le faire repartir et qu'ils n'avaient pas réussi. Il s'en foutait en fait, eux ils étaient venus le réanimer, ils n'avaient pas réussi et puis voilà. Je ne sais même pas s'ils ont regardé le dossier. Et puis voilà, c'était la fin du stage, je ne sais pas ce qu'ils ont dit sur moi, s'ils en ont reparlé au staff. Du coup j'étais perturbée toute la nuit, je n'ai pas pleuré mais j'étais complètement perturbée. J'en ai parlé à toutes les infirmières de tout le service et je ne parlais que de ça et du coup pour le coup j'ai vraiment fait une connerie parce que je n'étais pas bien, j'étais complètement... Il y avait un patient BPCO qui dé-saturait et je lui ai trop mis d'oxygène et il a fait l'hypercapnie. Je me sentais complètement nulle. Je crois que ma chef est repassée trois fois dans la nuit alors que d'habitude je ne l'appelais pas trop, je l'ai appelée plein de fois.

Est-ce que tu penses qu'à un moment donné de cette histoire c'était évitable, qu'à un moment donné tu aurais pu penser à quelque chose d'autre ?

Avec le recul je ne vois pas. La seule chose que je me dis c'est que j'ai mal interprété l'ECG. Peut-être qu'il y avait quelque chose sur l'ECG que je n'ai pas vu, je l'ai mal lu et peut-être j'aurais pu faire quelque chose. Mais je ne suis pas non plus allé chercher l'ECG pour le montrer, c'était la fin du stage, la dernière garde.

Au niveau de ta responsabilité, tu l'estimes comment ?

Je ne sais pas. Moi je me sens responsable. Enfin je ne me sens pas responsable de ce qui lui est arrivé parce que je n'ai pas fait quelque chose pour le mettre dans cet état, ce n'est pas comme si je lui ai mis un médicament contre-indiqué mais je me sens responsable dans le sens où j'aurais peut-être pu lui éviter ça. Et je ne l'ai pas fait. Peut-être que je ne me suis pas assez donné les moyens pour éviter son décès dans la nuit.

Mais qu'est-ce que ça aurait pu être ces moyens ?

Je ne sais pas. Savoir lire un ECG [rires]. Non mais honnêtement je ne sais pas, est-ce que j'aurais du lui faire une bio en urgences ? Mais le temps qu'on reçoive les résultats il aurait été mort.

Est-ce que le contexte des urgences y est pour quelque chose ? est-ce que tu penses que s'il avait été 15h et que c'était ton patient dans un service ça aurait changé quelque chose ?

Non je ne sais pas. J'ai fait l'ECG comme si j'avais été aux urgences, je ne sais pas si je l'aurais fait si je n'avais pas été aux urgences. J'ai quand même essayé d'être vigilante. En plus c'était une garde calme, je n'étais pas hyper pressée, je n'avais que dix minutes entre deux trucs, j'ai quand même pris le temps de réfléchir. J'étais quand même partie sur l'hypotension orthostatique vu ce qu'il me racontait et vu le fait que sa tension soit remontée, sans que j'ai rien fait. Parce que je n'avais vraiment rien fait à part le laisser allongé et l'examiner. Pour moi ce n'était vraiment pas grave. Je me dis que quand tu pars sur une idée, est-ce que je me suis trop fermé l'esprit ? Je ne sais pas.

Donc tu en as parlé avec ta chef, avec les infirmières. Tu avais un co-interne avec toi ?

J'avais des externes. Eux ils étaient gentils avec moi. Enfin même pas. La chef a été vachement plus rassurante, beaucoup plus que les externes et les infirmières. Les infirmières étaient des infirmières de nuit, qu'on ne connaît pas en plus très bien. Enfin elles ont quand été rassurantes, mais dans l'ordre c'est la chef qui a été la plus rassurante, les infirmières puis les externes. Les externes étaient en D3 et ils pensent toujours savoir mieux que nous et je sentais bien qu'ils ne savaient pas. Ils ne savaient pas si j'avais fait une connerie ou pas.

Qu'est-ce que ta chef a dit exactement ?

Elle m'a dit de ne pas me prendre la tête en gros, surtout sur le terrain. Elle m'a dit que ce n'était pas comme si c'était un patient de 20 ans. Je lui ai re raconté l'histoire plusieurs fois et elle m'a dit qu'elle n'aurait pas fait les choses différemment. Enfin encore une fois elle n'a pas vu l'ECG donc je ne sais pas mais elle m'a dit que mourir comme ça aussi rapidement c'était soit un trouble du rythme soit une EP et que ça arrive comme ça et que s'il n'était pas tachycarde je n'allais pas lui faire l'angioscan comme ça, juste parce qu'il avait fait un malaise.

Ca t'a aidé qu'elle te dise tout ça ?

Oui. Mais j'en ai parlé à tout le monde. Je voulais que tout le monde me dise la même chose qu'elle, pour ne pas culpabiliser. Enfin essayer de moins culpabiliser. Ca n'enlève pas tout mais ça aide.

Et tout le monde c'est qui ?

Tous les chefs le lendemain et plein d'amis internes. Qui me disent tous qu'ils ne savent pas s'ils auraient fait plus. Alors je sais que c'est débile parce que plus c'est loin, plus je dois oublier des détails, et ils n'étaient pas là, ils n'ont pas vu l'ECG, ils n'ont pas vu le patient. Mais n'empêche que ça rassure quand même.

Est-ce que tu en as parlé à tes proches, à ta famille, qui ne sont pas forcément médecin ?

Oui. Ils me rassurent mais ils n'en savent rien, donc ça a moins de valeur pour moi.

Est-ce que ça a eu un impact sur ta vie personnelle ?

Je n'étais quand même pas bien pendant plusieurs jours. C'était la nuit déjà, je n'avais pas beaucoup dormi et j'étais dans cet état un peu second de fin de garde et du coup j'ai dormi un peu en décalé et puis le lendemain j'ai démarré un nouveau stage. Ca changeait complètement d'univers donc j'étais quand même obligée de passer à autre chose mais c'était quelques jours dans ma vie pas très... et puis j'étais chez moi j'y pensais et je n'étais pas très bien. Et puis après ça passe.

Et quand tu dis « pas très bien » c'est quoi exactement ?

Ba j'y pensais et je ne pouvais pas m'empêcher d'en parler. Il fallait que j'en parle, quand je voyais quelqu'un il fallait que j'en parle. J'essayais de me faire rassurer par tout le monde dès que je pouvais.

Au niveau professionnel, ça a changé quelque chose dans ta pratique ou pas ?

Non mais parce que le stage est complètement différent et que je ne peux pas comparer. Ca changerait si j'étais sur une situation similaire. Et encore je ne sais pas ce que je ferais. Est-ce que je faxerai l'ECG en USIC ? Comme j'ai changé complètement d'univers, je ne me suis pas retrouvée dans des situations similaires qui m'ont rappelé celle là.

Est-ce que tu as eu le soutien que tu voulais ?

De ma chef oui. Elle était vraiment adorable, ça ne faisait pas longtemps qu'elle était dans le service et elle m'a rassurée, elle est restée calme, elle ne m'a pas du tout disputé. Elle avait l'air de prendre ça avec beaucoup de distance. Donc ça m'a fait plus de bien que si elle avait paniqué.

Si tu avais revu le patient, s'il avait eu une EP par exemple, est-ce que tu serais retourné le voir pour lui parler de ton erreur ?

Non. Je n'aurai jamais eu le courage. Et en plus c'était un patient que j'avais vu dans la nuit, ce n'est comme si c'était un patient que j'avais suivi. Je pense que je me serai forcée à le faire si c'était un patient que je voyais tous les jours et que j'étais passé à côté d'un truc. Il aurait bien fallu que je lui explique, je ne sais pas comment, je ne suis pas sûre quels mots j'aurai utilisés. Mais là clairement non, je ne serai jamais remonté dans le service.

Est-ce qu'à un moment donné tu as eu peur d'un quelconque problème judiciaire ? Que la famille porte plainte ?

Ca m'a traversé l'esprit, mais ce n'était pas mon problème.

Et donc qu'est-ce qui a été le plus difficile pour toi ?

Et bien le fait de ne pas savoir. Est-ce que j'aurai pu changer quelque chose ou pas ? Et le fait qu'il était jeune quand même. Le fait que ce soit très rapproché entre le moment où je l'ai vu et le moment où il est mort. J'ai une espèce de conviction profonde que j'aurai pu changer quelque chose mais je ne sais pas quoi et les gens à qui j'en parle ne savent pas quoi. Mais en même temps je ne sais pas si je me serais sentie mieux si on m'avait dit c'est sur c'est toi, tu as oublié ça, tu as raté quelque chose. Donc quelque part j'aime bien aussi la part d'incertitude. Ce n'est pas non plus 100% sûr que j'ai fait une erreur mais ça continue de me trotter dans la tête, je me repasse l'histoire pour essayer de savoir ce que j'aurais pu faire en plus.

Est-ce que tu trouves qu'à la fac ou en stage on nous parle assez de l'erreur médicale ?

Non mais pas du tout, on n'a jamais eu de cours sur ça. Déjà c'est le premier stage où on a eu cours sur la relation médecin-patient, qu'on nous parle de chose un peu éthique ou relationnel. Pendant tout l'externat c'est médico-médical et on a eu un seul séminaire d'éthique de cinq fois deux heures pour parler de l'annonce du VIH. Enfin voilà, c'est tout. On nous a jamais appris à se remettre en question parce qu'on n'est pas formé pour rater donc on n'est pas censé savoir gérer des erreurs parce qu'on n'est pas censé en faire. Alors que pendant tout notre cursus, dans tous nos stages, ils nous disent tous « oh on a tous nos morts derrière nous, on a tous notre cimetière ». C'est censé nous rassurer en nous disant que si on tue quelqu'un ce n'est pas grave, de toute façon tous les médecins tuent des gens. Mais au final on ne nous parle pas vraiment.

Et donc qu'est-ce que tu proposes pour palier à ce manque de formation ?

Peut-être des groupes où on parle de nos erreurs. Mais il y a déjà un peu ça à la fac, mais c'est facultatif. Maintenant est-ce que ça serait utile de le faire en deuxième cycle ? Je ne sais pas. Il y a tellement de chose à apprendre mais peut-être d'en parler une fois ça serait intéressant. Mais rapidement, comme le séminaire d'éthique. C'est clair que les externes ne vont pas s'attarder sur ça pour apprendre l'internat. Et puis après que ça revienne plus tard. Dans toutes les spécialités, pas qu'en médecine générale. Mais plutôt des groupes où on discute, pas des cours, il n'y a rien à apprendre, il n'y a rien de technique. Mais qu'on en parle pour qu'on se rende compte que tout le monde en fait.

Parce qu'on se sent seule en fait

Ba oui, alors que si on en parle, on est pas obligé de vérifier que tout le monde en fait et qu'on ne soit pas obligé d'attendre que nous même on fasse une connerie pour entendre nos chefs dire « ba oui mais moi aussi j'ai fait une erreur ». Une seule fois quand j'étais externe, un interne m'avait raconté une erreur. Mais c'était dans le cadre du stage, il me racontait sa vie et il me disait qu'il avait tué un patient en palliatif un peu « trop vite ». J'ai tellement entendu « de toute façon des conneries on en fait tous, des patients on en tue tous », mais sans qu'on nous dise « il faut en parler ». Soit on ne s'attarde pas dessus parce qu'on n'est pas censé en faire, soit tout le monde a l'air de s'en foutre. Je n'arrive pas à croire que les autres le vivent avec autant de détachement. On nous apprend pas que c'est normal de culpabiliser mais que ce n'est pas si grave, et que le patient on n'en a pas rien à faire. Mais par contre est-ce qu'il faut leur dire ou pas, je ne sais pas. De toute façon je pense qu'il y a des fois où on

est obligé, quand il y a une vraie erreur de dose ou de médicament ou je ne sais pas quoi on est obligé. Quand il y a eu une vraie erreur, avec des conséquences on ne va pas mentir, mais par exemple quand on peut contourner l'erreur, sur un retard diagnostique par exemple, est-ce que c'est vraiment utile de dire au patient « ah ba j'aurai pu vous diagnostiquer deux mois plus tôt ». Qu'est-ce que ça va lui apporter de savoir ça ? Rien. Ça va soulager notre conscience et lui va se sentir encore plus mal. Dans l'hypothèse où on est son médecin traitant il n'aura même plus son médecin généraliste en qui avoir confiance. Je ne suis pas sûre que ça apporte quelque chose au patient de savoir qu'on a fait une erreur, sauf si on n'a pas le choix.

Même si nous on avait les bonnes structures pour parler, pour ne pas se sentir nul à chaque fois qu'on voit un patient, je ne suis pas sûre que les gens veulent savoir que les médecins font des erreurs ; ils penseraient qu'ils sont entre de mauvaises mains. Mais après, il y a aussi un effet pervers : on n'a pas le droit à l'erreur. Si on communiquait mieux sur les erreurs, mais de manière générale, ça serait mieux.

Les éduquer en quelque sorte

Oui mais parce que même dans les aléas thérapeutiques, combien de fois les patients prennent ça pour des erreurs et veulent faire des procès. Moi on m'a déjà menacé de me faire un procès pour des choses qui n'étaient pas des erreurs. Comme la société va dans ce sens là, pour les patients on n'est pas censé faire une erreur, donc est-ce qu'il ne faut pas leur dire qu'on n'est que des humains et qu'on a le droit à l'erreur. Mais même sans parler des médias, je ne sais pas pour toi, mais autour de moi quand j'en parle, les gens sont super choqués. Ils me regardent et me disent « mais t'es folle, tu as la vie des gens entre tes mains, tu ne peux pas faire des erreurs ». Mais heureusement que si sinon personne ferait ce métier. Et quand je leur explique l'obligation de moyens et non de résultats, ils ne comprennent pas. [...]Tu vas être jugé sur une erreur alors que les centaines d'autres patients que tu as vu dans l'année et que tu as bien traité, tout le monde s'en fout.

Merci beaucoup.

Entretien G

Alors c'était quand j'étais en troisième semestre, en médecine interne, au tout début du stage. Le premier jour où je suis arrivé en stage, j'ai vu ce patient qui était là depuis un certain temps déjà. C'était le patient compliqué par excellence, on ne savait pas exactement ce qu'il avait. Il avait un syndrome inflammatoire persistant, il faisait des thromboses sous anticoagulants, puis après des hémorragies, sans anticoagulants d'ailleurs. C'était compliqué, il avait des ganglions suspects, on ne comprenait rien. Les gens étaient allés très très loin pour rechercher ce qu'il avait. Il avait eu tous les examens complémentaires possibles et imaginables, il avait eu une biopsie d'un ganglion à peine centimétrique, même pas suspects pour savoir ce que c'était. C'était vraiment le patient compliqué. Et par ailleurs, comme ça n'arrive jamais seuls, il avait une famille hyper revendicatrice, ils étaient là tout le temps, ils étaient super chiants, personne n'en pouvait plus. Donc moi j'arrive là dedans, je prends en charge ce mec, j'essaie de faire des choses pour lui. Je m'en sors pas trop mal. Et donc on avait débuté un traitement anticoagulant par une héparine, j'ai vérifié qu'il était bien anticoagulé le lendemain du jour où on l'avait débuté. C'était un weekend, je me souviens, je suis revenu exprès le weekend pour voir le résultat de l'anticoagulant. J'étais très content de mon résultat, il avait un très bon TCA, parfaitement dans les clous, j'étais très content. Et puis le lundi ou le mardi d'après, je ne me souviens pas très bien, j'avais dû refaire un TCA, je ne sais pas pourquoi parce que c'était hors recommandations, c'était complètement stupide, et je ne me souviens pas avoir regardé ce TCA là. Et je me souviens le soir, j'étais allé voir le patient, il y avait son fils qui était là et je l'examine parce qu'il avait mal au ventre. On savait déjà qu'il avait un hématome de paroi qui était plus ou moins entrain de régresser, et sur le moment je me suis dit que c'était peut-être un peu suspect mais sans plus. Et donc je sors de la chambre et je me dis « je vais faire un scanner le plus vite possible ». J'appelle et le radiologue me dit qu'il le fera après demain, donc c'était quand même pas mal, j'étais content. Et le lendemain, quand j'arrive, le patient était en choc. Il y a des réanimateurs partout. Un peu plus tard dans la journée, on m'a averti assez vite, il faisait un choc hémorragique. Quand j'étais arrivé le matin, je me suis dit que j'allais regarder sa biologie et j'ai vu le TCA que j'avais demandé 2 jours avant que je n'avais pas regardé parce que j'étais persuadé qu'il était bien anticoagulé, qui était complètement déséquilibré. Alors probablement ce patient je l'ai tué. C'est horrible de dire ça mais je l'ai tué. Si j'avais regardé le résultat j'aurais peut-être ajusté, au moins j'aurais fait plus attention, j'aurais pu faire le scanner avant. Je ne sais pas ce que j'aurais pu faire en réalité, peut-être qu'il était destiné à mourir mais en tout cas il est probablement mort par ma faute. Qu'est-ce que tu veux savoir d'autre ?

Mais qu'est-ce qu'est devenu le patient ?

Il est passé en réanimation et il est mort dans la journée.

Mais qu'est-ce que tu as ressenti, qu'est-ce qui s'est passé dans ta tête quand tu as appris qu'il était en choc hémorragique ?

Je me suis dit « merde je l'ai buté ». La première chose que je me suis dite c'est « j'ai complètement merdé sur ce coup là ». Je n'ai pas regardé les résultats, ce qui est quand même ma mission. Les internes à l'hôpital ils sont quand même là pour ça, vérifier que tout va bien et moi je n'ai pas fait ça. Je me suis dit que j'allais avoir un procès avec la famille qui est complètement folle. Après je me suis rendu compte que tout le monde se sentait exactement comme moi, parce que la responsabilité de l'interne n'est pas énorme dans ce problème. Le chef de service je pense qu'il flippait, enfin peut-être pas parce que je pense qu'il en a vu des vertes et des pas mûres mais il m'a dit « ne t'inquiète pas, ce n'est pas de ta faute, c'est une responsabilité collective ». Je me suis rendu compte que mon chef n'avait regardé le TCA non plus, lui aussi était complètement en faute. On m'a dit « mais de toute façon il allait mourir ». Ça on n'en sait rien en fait. Je n'étais pas très bien dans ma peau ce jour là.

Et ça a duré longtemps ce sentiment ?

Ce sentiment d'être pas bien a duré un certains temps. Au bout d'un moment j'ai relativisé parce que c'était quand un mec qui était très mal en point, qui avait une pathologie mais on ne savait pas ce que c'était et qui allait probablement mourir. Mais quand même j'ai le sentiment d'avoir contribué à une fin précipitée et ça ce n'est pas terrible. Ça n'a rien à voir mais pour revenir sur ce que tu disais dans ton questionnaire, j'ai quand même modifié la manière dont je fais les choses. C'est-à-dire que maintenant je suis beaucoup plus attentive à ce genre de détail, de contrôler la biologie etc ; Je me suis rendu compte que je vérifiais beaucoup plus la biologie qu'avant.

Est-ce que tu estimes que tu as eu le soutien nécessaire ? Qu'est-ce qu'il s'est passé ?

Dans le service tout le monde a été très très gentil. Je suis allé voir le chef de service, on en a parlé tous les deux assez longuement, il m'a donné son numéro de portable. Il a été sympa, il était vraiment là pour me soutenir. Les chefs, c'était pareil. Les autres internes pas trop, mais ils n'étaient pas très au courant de ce qu'il s'était passé. Et par contre après j'ai vu la famille. Mais c'était bien un mois après, au moment où je commençais à oublier et tout d'un coup je les vois arriver dans le service. Le fils m'a dit « Toi. C'est toi qui es responsable. Tu as vu son ventre et tu n'as rien fait ». Et c'est vrai. J'avais vu son ventre et je n'avais rien fait. Il était très énervé, il me tenait directement pour responsable parce que c'était moi qui les voyait tout le temps, c'était moi qui leur parlait, leur disait comment ça avançait. Les chefs ne les voyaient pas tant que ça. Et donc c'était moi le responsable à leurs yeux. Donc je n'étais pas très bien non plus à ce moment là. Je me suis qu'ils allaient me tabasser. Ils ne m'ont pas tabassé finalement, mais ils me tenaient vraiment directement responsable pour la mort de son père. Et je le comprends globalement, parce que j'aurais fait pareil si ça avait été le mien. Je ne me sentais pas très fier de moi après ça. Après c'est sûr que les gens relativisent, j'avais négocié un scanner qu'il allait avoir le lendemain mais j'aurais pu faire plus vite. Enfin tout est possible, c'est compliqué.

Je reviens juste sur la discussion avec le chef de service : c'est toi qui es allé le voir ou lui qui est venu ?

C'est lui qui est venu me voir

Et vous avez parlé de ce qui s'était passé mais est-ce qu'à un moment il t'a demandé comment toi tu allais ?

Oui il m'a demandé si ça allait et moi j'ai dit oui, bêtement. Et donc c'est là qu'il a dit, « bon c'est très bien. Si tu veux en parler je te donne mon numéro de portable ». Non mais on a surtout reparlé du patient, qui de toute façon allait mal et que la situation nous filait entre les doigts. Ce qui était totalement vrai, même plusieurs semaines avant on disait qu'il allait mourir, on l'avait « staffé » a plusieurs reprises en se disant qu'il n'allait pas bien. Ce n'était pas le patient qui allait bien et je l'ai tué, c'était un patient qui allait mal. Mais je l'ai quand même tué. Malheureusement.

Comment tu estimes ta responsabilité ?

Dans son décès ? C'est compliqué à dire mais de manière directe, 75%, au moins. C'est tellement difficile de dire ce qu'il se serait passé si j'avais réagi sur ce résultat que je n'ai pas vu. J'ai l'impression que c'était évitable.

Et à quel moment ?

Si j'avais vu les résultats j'aurais pu changer le traitement, mais c'est tellement difficile de se projeter dans un avenir lointain pour ce genre de patient. Mais tu te dis que tu aurais pu éviter ça, qu'on aurait pu trouver ce qu'il avait, qu'il aurait pu aller mieux, tout est possible. Mais là j'ai interrompu tout le processus à cause de l'erreur.

Est-ce que tu en as parlé avec tes cointernes ?

On en discute toujours avec les co-internes mais c'est vrai qu'eux ne sont pas un soutien très objectif. Ils disent « ne t'inquiète pas » etc mais ça ne m'a pas rassuré.

Et tes amis médecins ?

J'en ai parlé à ma copine, qui est en médecine aussi mais c'est un peu comme les co-internes. C'était un patient tellement compliqué que pour saisir ce qu'il se passait il fallait être dans le service, il fallait être un médecin qui s'en occupait et d'être bien au courant du dossier. Parce que quand on en parle on dit voilà c'est un patient qui a probablement un lymphome, qui est vraiment très mal, ça part dans tous les sens, il fait des hémorragies et des trucs, mais bon il est mort : les autres disent « oui ba il est mort, voilà quoi. Il était déjà tellement mal que ce n'est pas sûr que ça ait changé quelque chose ». Mais ce n'est pas ça. Le malaise ne vient pas de là. Ça vient du fait que tu as vraiment l'impression d'avoir tué quelqu'un.

Tu as parlé à des proches non médecins ?

Non, parce que j'estime que c'est trop compliqué et ils vont me dire des conneries qui ne vont pas m'aider, soit ça va être pire.

Tu disais que ça a changé ta pratique par contre ?

J'ai tendance à vérifier les choses plusieurs fois maintenant. Faire des examens de façon complètement inutile. D'où ma réflexion sur les examens complémentaires [il fait sa thèse sur l'utilité des examens complémentaires].

Tu parlais à un moment de ta crainte du procès, ça a été très fort ou pas ?

Au début non. C'est surtout quand le fils est revenu après, et qu'il était vraiment très très en colère, et puis on m'a dit « de toute façon s'il y a un procès on règlera ça dans le tribunal ». Et je me suis dit merde. Surtout que dans le service où j'étais, il y avait une interne qui elle avait vraiment eu un procès. Pour une histoire sombre et glauque aussi mais elle m'avait raconté en me disant qu'il y avait un procès contre le service mais qu'on l'avait directement attaqué. Donc je me suis dit que c'était vraiment possible parce que c'est un cas où vraiment on peut avoir un procès. Après je ne pense pas que j'aurais vraiment eu des conséquences de tout ça mais ça change quand même ta vie. Enfin je n'en sais rien mais quand même...

Qu'est-ce qui a été le plus difficile pour toi dans cette histoire ?

De tuer quelqu'un. Le simple fait de tuer quelqu'un. J'ai complètement merdé dans ma mission de médecin, dans celle d'aider les gens. J'ai fait l'inverse de ce que tu es censé faire. C'est un sentiment d'échec.

Le but de cette thèse est d'aussi de voir comment on peut aider les internes à mieux gérer leurs erreurs. Est-ce que tu as des suggestions à faire par rapport à notre formation ?

Le problème est que les erreurs, on ne peut pas les éviter. Enfin on pourra en éviter certaines mais on ne pourra pas les éviter toutes. Ça c'est problématique. Comment les aider ? Ça dépend des erreurs qu'ils font. Leur donner une petite tape sur l'épaule en disant « ne t'inquiète pas, ça va aller », je ne suis pas que ça serve à quelque chose. Je ne suis même pas sûr qu'on puisse nous aider. Il faut faire des erreurs, ça fait parti du truc. Après quand tu fais des erreurs graves, c'est dommage. Non mais je ne sais pas. Je pense qu'il n'y a rien à faire, malheureusement.

Merci beaucoup.

Entretien H

Donc l'erreur dont je me souvenais quand on avait été sollicité pour l'étude écrite c'était quand j'étais second semestre, aux urgences et c'était la gestion d'une douleur abdominale chez une dame de 70 ans. Qui était une douleur foireuse, avec un petit vomissement marronasse mais elle avait mangé du chocolat, un syndrome pas vraiment occlusif, puisqu'elle avait des matières et des gaz, donc pas du tout occlusif en fait. Elle avait un ventre sans défense et un ASP normal. Un ASP qui avait été réalisé couché, ce qui m'avait beaucoup énervé parce que la dame pouvait tenir debout, mais on avait des relations assez tendues avec le service de radiologie donc je me voyais mal renvoyer la dame en radio et demander un ASP debout comme ça avait été prescrit. Elle avait une perf avec des antalgiques, au bout de 4 heures son bilan biologique était normal, son transit avait repris, mais elle n'était pas entièrement soulagée. Donc pour moi ce n'était pas un syndrome occlusif, je l'ai réexaminée, il n'y avait pas de défense, et je l'ai laissé repartir chez elle. En même temps très embêtée parce que les douleurs abdominales ça peut être batard. Pas de facteur de risque particulier, c'est une femme qui ne prenait pas de médicaments, qui n'avait pas d'antécédent de chirurgie abdominale, pas de comorbidités et le temps passe. Et je n'étais pas bien avec cette dame que j'avais renvoyée avec sa douleur, ça m'embêtait. En même temps je lui ai dit « si ça ne va pas, revenez ». Et elle était revenue. Un matin la semaine suivante, j'arrive aux urgences et un des chefs me saute dessus, qui était de toute façon quelqu'un d'un peu bougon et il me balance d'un air hargneux « ouais ta douleur abdominale de l'autre jour, c'est n'importe quoi, la dame est revenue elle était en occlusion, c'était un infarctus mésentérique, on lui a enlevé les trois quarts du colon, elle a failli y passer, c'est de ta faute ». Voilà. Et ça m'a fait l'effet d'un électrochoc. Déjà que j'avais des doutes, un examen complémentaire que j'avais fait pour étayer mon diagnostic qui était mal fait, donc pas interprétable, pas comme je le voulais. Et une structure pleine de dysfonctionnement où je ne trouvais pas ma place pour demander qu'on me refasse cet examen là. Et puis super angoissée quoi. Pourtant j'avais eu un doute, j'aurais dû écouter ce doute, au lieu d'être pressée par le temps et d'avoir au dessus de moi des gens qui veulent absolument que je fasse sortir les gens, cette espèce de pression de l'urgence où tu dois faire le tri entre le grave et le pas grave. Le grave tu l'hospitalises, le pas grave ça sort vite. Voilà. Je m'en suis voulu de ne pas avoir tenu sur mes convictions par rapport à la pression du système. Et ça m'a rendu maniaque sur les douleurs abdominales. Après je me suis calmée. Mais les douleurs abdominales que je voyais après ont eu le droit à tous les examens possibles et imaginables et il n'y en a pas un qui ressortait de chez moi en ayant encore mal. C'est clair.

Quels ont été tes sentiments quand on t'a dit « c'est un syndrome occlusif », qu'est-ce qui c'est passé dans ta tête ?

Je me suis dit « je suis nulle, j'aurais pu... ». Alors il y a eu 2 parties, 2 phases en moi. Une phase où j'étais atterrée, je me suis sentie nulle, en même temps je me suis sentie super en colère contre ce mec qui était là et qui là ce jour là et qui était trop occupé pour que je le sollicite, j'étais en colère contre la manière dont il me l'a dit, parce que je suis là pour apprendre, je ne suis pas là pour être condamnée. La deuxième phase ça été « il faut que je réfléchisse, ce n'est peut-être pas complètement de ma faute », dans le sens où le tableau clinique a pu changer en trois jours et c'était le cas. Il s'est passé trois jours entre le moment où elle vient et le moment où elle revient. Donc j'ai repris mon dossier, j'ai repris mon observation, et j'ai regardé, les signes n'étaient pas franchement francs. J'ai été rassuré quelque part de me dire que les signes évoluent dans le temps, ce n'était peut-être pas complètement de ma faute.

Est-ce que tu penses que c'était une erreur évitable, si erreur il y a ? Et à quel moment tu aurais pu l'éviter ?

Je pense que si la radio que j'avais demandée avait été faite correctement...parce que je me suis retrouvée face à un ASP couché. Personnellement moi un ASP couché pour rechercher des niveaux hydro-aériques ça ne sert absolument à rien, alors que c'était une prescription informatique, donc ce n'est pas un problème d'écriture illisible. J'avais clairement prescrit un ASP debout avec objectif, parce que je remplis toujours les objectifs : recherche de niveau hydro-aériques pouvant évoquer une occlusion intestinale. Si cette radio avait été mieux faite, et si je l'avais gardée tant qu'elle avait mal, en me disant elle a 70 ans, c'est peut-être un facteur de risque en soi. Oui c'était évitable...peut-être...oui c'était évitable si on avait fait sa radio correctement moi j'aurais moins douté de moi en tout cas. A postériori.

Et en dehors de la radio, tu disais que tu avais été pressée par le temps, tu penses que ça a joué aussi ?

Oui ça a joué parce que si j'avais eu mon temps, je ne me serai pas précipitée pour le faire sortir. Oui je pense que ça a joué.

Au niveau des responsabilités, qui tu penses être responsable ?

Légalement ou moralement ?

Comme tu veux, les deux

Moralement je suis responsable parce que je ne vais pas me cacher derrière un chef ou l'inaptitude d'un manip radio. Moralement je suis responsable. Légalement c'est mon chef, à partir du moment où je l'ai sollicité et il n'a pas voulu me répondre.

Tu lui avais quand même demandé son avis ?

Oui je lui avais dit « j'aimerais quand même avoir ton avis sur une douleur abdo » et il m'avait dit « ce n'est qu'une douleur abdo, fais la sortir »

D'accord...

Occlusion ou pas occlusion, si pas occlusion dehors. Légalement j'étais en formation, je n'avais pas à prendre cette responsabilité. Moralement ça m'a pesé, oui, ça m'a beaucoup pesé. Je me suis dit « méfie toi », le degré d'épuisement, il y a quelque chose d'intense qui est le vouloir échapper à la pression, quand on te presse le citron toute la journée pour aller plus vite, plus vite, plus vite, moi ça m'épuise complètement. Quand tu dois gérer plusieurs choses en même temps, être dérangé tout le temps dans ce que tu fais et vouloir aller toujours plus vite, je trouve ça... moi ça m'a peut-être fait perdre mes moyens.

Et combien de temps tu t'es sentie comme ça, un peu stressée par les douleurs abdos, fatiguée ?

Ca n'a pas vraiment eu de conséquences sur mon moral, je veux dire que c'est une histoire qui est restée à l'hôpital. Je dis souvent qu'il y a des patients que je ramène chez moi, que je garde dans ma tête, le soir j'y pense chez moi, et il y a des patients que je laisse à l'hôpital. Elle je l'ai un petit peu ramenée chez moi, mais trois quatre soirs, pas plus. Finalement ça s'est passé et assez vite je me suis convaincu que ce n'était pas complètement de ma faute. Ca ne m'a pas poignardé, j'en ai pas fait une dépression quoi. Clairement.

Par contre au niveau pratique ça a changé des choses ?

Oui ça a changé des choses. Encore maintenant. Trois ans plus tard. Je fais chier les radiologues pour qu'ils fassent leur boulot comme je leur demande, et j'argumente, et si ce n'est pas fait je les rappelle et je les rappelle encore et je les harcèle. Et en milieu hospitalier, quelque soit l'encombrement que ça provoque, quelque soit l'inconfort que ça provoque pour d'autres personnes, tant que la personne n'est pas soulagée elle reste chez moi. Sur des douleurs comme ça, des douleurs lombaires, des douleurs abdo. Et ça m'a raffermit... si j'ai un chef au dessus de moi, enfin plus j'avance et moins je suis interne et donc moins les chefs m'embêtent parce que je suis à la fin de mon internat, mais si un chef me disait « mais qu'est-ce qu'elle a, fait la sortir », c'est un propos que je n'acceptais pas. Je suis devenue très méfiante de la pression qu'on me met sur le dos de « vas-y accélère, tu dépotes, tu fais sortir les gens ». Je fais ce que je veux, quand je veux, parce que j'estime que c'est important. Et tu ne me presseras pas. Voilà, ça ça a changé.

Au moment de l'erreur, tu en avais parlé à tes co-internes, ou d'autres gens à l'hôpital ?

Non pas du tout. J'en étais tellement révoltée, et en même temps honteuse, j'avais peur de ne pas trouver d'appui, pas trouver d'écoute auprès de mes co-internes. Je me disais « si ça se trouve je suis la seule à avoir fait une bourde aussi grosse et je ne veux pas qu'on me traite de nulle. J'ai préféré...et puis j'avais vraiment des problèmes relationnels avec ce chef là, je ne savais pas si c'était moi en particulier, je ne voulais pas que ça s'ébruite trop, je préférais garder ça pour moi et gêner l'ambiance de l'équipe.

Tu n'en as jamais parlé avec lui ?

Non plus non. D'ailleurs je n'ai jamais reparlé avec lui tout court.

D'accord. Ni avec d'autres chefs ?

De ce sujet là non, de ce stage là je cherche si j'en ai parlé avec quelqu'un d'autre après. Oui j'en ai parlé avec quelqu'un d'autre après. Je raconte ?

Oui.

Pendant mon dernier stage d'interne, je faisais des gardes d'urgences à Beaujon et un des PH m'a proposé un poste d'attaché à temps partiel chez lui. Et je lui ai expliqué que je ne me sentais pas forcément la meilleure candidate pour ce genre de poste parce que je doutais beaucoup de moi pour ce genre de chose par exemple. Et je lui ai raconté l'histoire pour lui dire ba tu vois je ne suis pas forcément la meilleure personne pour avoir un poste de sénior aux urgences.

Et qu'est-ce qu'il t'a dit ?

Il m'a dit qu'au contraire, ce genre de chose met dans ta pratique la juste dose de doute. En même temps les urgences ne m'intéressent pas du tout donc c'est hors de question que j'aille y travailler ! Mais voilà, c'était quelqu'un avec qui je m'entendais et avec qui je pouvais parler librement de ce genre de chose, comme j'étais très touché qu'il me propose un poste, j'ai préféré être honnête avec lui dire que je n'étais pas forcément la meilleure personne, même si je donne le change, comme ça, en apparence, en vrai je ne suis peut-être pas très bonne.

Est-ce que tu en as parlé à tes proches ?

Non je ne voulais pas les inquiéter. Je ne voulais pas les inquiéter et de toute façon je n'ai pas l'habitude de parler, quand ça ne va pas je dis rien. Je ne veux pas inquiéter mes proches, je ne veux pas les blesser, je ne veux pas leur faire de soucis donc non.

Est-ce que tu as revu la patiente ?

Non je ne l'ai jamais revue, mais sur le coup j'en aurais pas été capable. Après coup, là maintenant, trois ans plus tard, je me dis que ça m'aurait peut-être fait du bien d'entendre ce qu'elle avait à me dire. Elle ne m'aurait peut-être pas condamnée. Au moment où je lui ai dit, vous pouvez rentrer chez vous, prenez ce médicament contre la douleur et revenez si ça ne va pas, j'ai vu une lueur de doute dans ses yeux. Peut-être parce que c'était moi qui doutait de moi et elle l'a bien vu et qu'elle doutait aussi ou peut-être que c'est moi qui ait inventé ce regard dans ces yeux là, mais soit elle m'aurait franchement accusé et m'aurait dit

« vous êtes une incapable etc » et ça ne m'aurait peut-être pas fait de mal de l'entendre ou de m'expliquer avec elle sur le sujet ou peut-être de m'excuser, ou si ça se trouve, elle m'aurait dit « mais non vous ne pouviez pas savoir que ça allait continuer comme ça ». Donc finalement sur le moment j'avais un gros à priori et maintenant je n'en ai plus. Plus du tout. Mais non je ne l'ai jamais revue.

Est-ce qu'il y a quelque chose qui aurait pu t'aider à gérer cette situation ?

Je pense qu'un chef qui aurait été capable de m'expliquer où était mon erreur, clairement, techniquement, avec des mots de médecine, pas en me gueulant dessus comme un chartier, ou qui m'aurait rassuré en me disant « moi aussi j'en ai fait ». Je me serais sentie plus dans la progression et l'apprentissage que dans la sanction sans lendemain. La sanction qui ne mène à rien.

Donc tu estimes que le soutien que tu as eu a été...

Zéro, nul. Voilà.

Dans la littérature américaine sur les erreurs médicales, les internes ont énormément peur des procès et des conséquences judiciaires. Est-ce que toi à un moment donné ça t'est passé par la tête ?

J'y ai pensé mais juridiquement j'étais protégé parce que j'avais un chef derrière moi qui m'avait répondu. Donc sur le plan juridique j'avais demandé l'avis d'un chef donc je ne risquais rien. La loi française est faite comme ça. Donc dans la mesure où j'avais fait exactement comme mon chef m'avait dit, je ne me posais pas de question comme ça. Mais j'y pense dans mon futur de médecin et j'y ai beaucoup pensé dans mon passé d'interne. A chaque fois que je demandais l'avis d'un chef, c'était toujours écrit dans le dossier. Avec le nom du chef. Et quand un jour, dans mon dernier stage il y a eu un incident, parce que j'ai appelé un des mes chefs parce que mes compétences étaient dépassées et que ce chef m'a dit « d'aller me faire foutre » parce qu'il avait d'autre chose plus importante à faire, le lendemain j'ai été voir le chef de service pour lui en parler, tout de suite. Et je l'ai écrit tel quel dans le dossier. Donc ce côté juridique dont ils parlent beaucoup aux Etats-Unis, j'ai l'impression d'avoir grandi avec aussi. Quand j'étais enfant dans les années 80, on parlait déjà de procès, de choses comme ça, et même si je pense que la plupart des procès sont dû à un échec de la relation, pas à un problème de compétence, techniquement quand je m'occupe d'un patient, il y a toujours un moment où j'écris quelque chose pour couvrir ma gueule.

Est-ce que tu penses qu'on nous parle assez de l'erreur médicale dans notre formation ?

Non pas du tout. On a une profession où on s'expose à des sanctions et on ne connaît pas la nature ni l'amplitude de ces sanctions auxquelles on s'expose. On ne sait pas ce que c'est une suspension d'exercice, est-ce qu'on peut aller en prison ? Est-ce qu'on peut avoir des amendes ? On ne nous enseigne même pas ça alors que si on fait des conneries c'est ça qui nous attend. Et puis sur le plan humain... finalement on nous apprend de la technique, des beaux arbres décisionnels, mais on nous parle à peine de l'obligation de moyens. Qu'est-ce que l'obligation de moyens ? Personne n'est capable de le définir. Et puis sur le plan personnel aussi. Moi quand j'étais ado, je voulais faire médecine ou ingénieur. Mais je ne voulais pas faire médecine en fait parce que c'était trop de responsabilités, ingénieur c'était bien on s'occupait des machines, c'était parfait. Pour moi docteur c'était prendre de grosses responsabilités. Et puis finalement la passion a pris le dessus sur la peur, sauf que dans mes études on m'a appris à réfléchir pour faire au mieux, mais pour humainement gérer mes peurs ou les résultats de mes erreurs, ça non je n'ai pas été encadré la dessus. De toute façon l'encadrement humain dans les études de médecine si ça existait ça se saurait. En troisième cycle on le rencontre un petit peu mais en deuxième cycle...

Enfin si on le veut...

Si on le veut. Ce n'est même pas obligatoire.

Et qu'est-ce que tu proposes pour améliorer ça ?

Il faudrait qu'il y ait beaucoup de groupes Balint, et que tout le monde y participe, que ce soit une grande fête Balint et qu'il y ait des tournées Balint dans la France entière !! C'est une bonne chose parce que ça désacralise le co-interne. Ce qui est intéressant quand on fait le groupe Balint avec d'autres internes, c'est qu'on voit des co-internes qui sont complètement comme nous, et qui ont plein de défauts, exactement comme nous. Tous ces défauts là on n'en parle pas quand on se voit, quand on est en stage ou qu'on est en cours. On en parle en groupe Balint et on se rend compte que tout le monde est aussi imparfait que nous et ça c'est très rassurant. Je me suis sentie moins seule, je suis pleine de défauts et pleine d'imperfection et ça me rassure quand je sais que je ne suis pas la seule. Et effectivement avoir des enseignements, mais qui soient bien faits, qui soient vivants, des enseignements faits par des gens qui sont convaincus par ce qu'ils racontent. Le problème c'est qu'il faut les trouver ces gens là et qui aient le don d'accroche. Il y a le savoir absolu et le savoir enseigner. Et une hotline pour les étudiants, ou une mailing liste, ou un forum, n'importe quoi où on puisse, même si on n'a pas de groupe Balint sous la main et qu'on a la trouille, juste envoyer un email à quelqu'un qui serait un référent « bobo la tête interne ». Qu'il y ait un genre de système de tutorat entre internes ou des internes qui s'y collent pour faire la hotline d'écoute. Quelque chose pas forcément un coup de téléphone, mais un email ça peu –être pas mal si quelque part dans la nuit il y a quelqu'un qui veut une réponse.

Merci beaucoup.

Entretien I

Quelle est l'erreur dont tu veux parler ?

Je viens de penser à une autre en fait, en pédiatrie, j'ai reçu une petite qui était en signe de pré-choc, elle était drépanocytaire, elle avait une hépato-splénomégalie hyper importante, elle était tachycarde, elle avait une dyspnée. Elle avait besoin d'une transfusion sanguine. C'était la nuit, j'étais premier semestre, mon chef a refusé de se lever. Moi je lui ai dit qu'elle avait tel signe, tel signe, tel signe, « j'aimerais bien que tu jettes un coup d'œil ». Il m'a dit « non, non, je te fais confiance, est-ce qu'elle a besoin d'aller en réanimation ? ». J'ai dit « non elle n'a pas besoin d'aller en réanimation, elle n'est quand même pas bien, elle

a besoin d'une transfusion ». Il était fatigué, il a refusé de se lever. Moi j'ai fait la commande de culots globulaires, j'ai tout calculé et tout ça, sauf que sur le bon, j'ai oublié de cocher « en urgences » ce qui fait que ça été considéré comme un bon de sang traditionnel pour les drépanocytaires, comme pour les transfusions itératives. Et donc la petite, au lieu d'avoir son sang à huit heures comme je pensais en faisant la prescription et faxé la nuit, elle a eu son sang à quatorze heures. Mon chef ne m'a pas du tout couvert, dans la mesure où il a même falsifié le dossier clinique après coup en mettant qu'elle n'avait aucun signe de détresse, qu'il m'avait eu au téléphone alors que ce n'était pas du tout ce que je lui avais dit. Et, là c'est plus l'absence... enfin ce gars quand je l'ai eu au téléphone à trois heures du matin il m'avait dit « non mais je te fais confiance, t'es une bonne interne, je te fais confiance tu sais gérer ». Ca j'ai trouvé que quand tu es premier semestre en pédiatrie et que t'a un enfant en état de choc, t'a besoin de ton chef. Alors effectivement après coup j'ai fait l'erreur de ne pas cocher la case « en urgence », c'est plus la réaction de mon chef qui m'a...

Plus spécifiquement pour ta thèse, l'erreur médicale qui était le plus marquant c'est peut-être plutôt celle en maladies infectieuses où j'ai oublié d'arrêter les digitaliques donc...

Ca dépend, je parle d'erreur réelle ou ressentie donc c'est toi qui vois. Celle qui t'a marqué le plus peut-être

C'est celle des digitaliques, c'est celle dont je me suis souvenue quand j'ai rempli ton questionnaire. La dame je la suivais depuis 24 heures, c'était une dame qui jusqu'à présent allait plutôt bien, qui était prise en charge pour un érysipèle, qui allait bien. Elle avait des problèmes de cœur, qui étaient traités, qui étaient stabilisés, elle avait son pace. L'érysipèle évoluait bien. Pour une histoire de chambre, enfin bref toujours est-il qu'avec mon co-interne on avait chacun une aile du service et elle s'est retrouvée à passer dans mon aile du service, je ne sais pas, trois quatre jours après son arrivée à l'hôpital. Et donc le premier jour elle allait bien, elle avait ses digitaliques. Le jour où elle était arrivée sa créat montait un petit peu. Moi j'ai continué son traitement, je la surveillais un peu, en me disant qu'elle était peut-être un peu déshydratée, et il n'y avait pas d'autre chose. Elle n'avait pas grand-chose comme autre traitement habituel, elle avait les antibiotiques qu'on avait introduits mais qui a priori ne donnaient pas d'insuffisance rénale, elle n'avait pas eu d'aminosides tu vois. Et donc du coup je n'ai pas arrêté... Enfin moi ce qui m'a beaucoup travaillé c'est que dans ma tête je n'ai même pas tilté « les digitaliques : il faut les arrêter s'il y a une insuffisance rénale ». Et donc du coup quand les réanimateurs étaient là et qu'ils m'ont demandé « tu as arrêté les digitaliques ? », c'est là que je me suis dit « ah mais merde, j'aurais dû arrêter les digitaliques ». Ce n'était même pas un oubli de ma part, c'est que je n'y ai même pas pensé quoi. C'est plus ça qui m'a marqué.

Et donc du coup elle a monté sa tension, on a fait un contrôle le lendemain matin, elle avait quasiment triplé parce qu'elle était passé à plus de 300 de créat et donc c'est dans ce contexte là qu'on a appelé les réa pour avoir un avis parce que je travaillais en médecine tropicale et on avait d'assez bon contact avec les réa et il n'y avait pas de service de néphro. Elle montait aussi son potassium. Et donc là les réa sont arrivés, tu sais un peu, enfin comme les réa quoi, ils arrivent ils sauvent le monde, ils sont dans leurs habits, à peine ils te regardent, ils te demandent le dossier. Ils lisent le dossier en deux secondes, en deux secondes ils ont récapitulé l'histoire, les antécédents, des trucs que toi, ça fait deux jours que tu es dessus, tu ne l'as même pas vu. Bref, donc là le réa me dit « j'imagine que tu as arrêté les digitaliques ». Et là gros silence. « Non ». Mon premier réflexe a été de courir chez la malade pour voir si elle n'était pas en torsade ou en arrêt. C'était un peu impulsif comme réaction, ça n'allait rien changé dans la seconde. Les réa m'ont suivi et m'ont dit « ne t'inquiète pas, de toute façon elle avait un pacemaker donc le pacemaker a pris le relais ». Et effectivement, elle était scopée la dame quand même et on voyait tous les spikes de prise de relais. Et après coup moi, j'étais vraiment choquée, je me suis excusée quinze fois auprès des réanimateurs, quinze fois ils m'ont dit « mais ne t'inquiète pas, ce n'est pas grave, ça arrive. Ta dame on ne sait pas trop ce qu'elle a, on ne comprend pas, on va la prendre dans le service de toute façon. Au moins tu t'en souviendras et puis de toute façon c'est un mauvais médicament ». J'étais surprise parce que le réanimateur avait un peu la réputation d'être un sale con, d'être hyper exigeant et je trouvais que c'était quand même une grosse erreur que j'avais fait parce que dans tous les cours de cardio tu apprends que dès qu'il y a une insuffisance rénale tu arrêtes ou tu adaptes les digitaliques et là je n'avais pas, enfin je n'avais même pas songé à les arrêter. Et puis après j'ai fait la lettre pour la patiente que tu adresses quand elle change de service et après elle a changé de service.

Après j'en ai parlé à mes co-internes, à mes chefs de clinique avec qui je m'entendais très bien et ça n'a vraiment eu aucune conséquence ni sur la confiance que me chefs pouvaient avoir en moi, ni sur ma propre confiance en moi. Je n'étais pas en panique quand je faisais des prescriptions. Par contre c'est vrai que je regardais plus les insuffisances rénales et les prescriptions. J'essayais plus de voir les interactions médicamenteuses. Mais bon on avait une prescription sur ordinateur et pour certains médicaments le logiciel était préprogrammé pour dire attention telle chose ne va pas avec telle chose, il y avait carrément certaines prescriptions qui étaient bloquées quand un médicament était instauré. Mais avec cet informatique moi j'ai l'impression que je fais beaucoup plus d'erreurs : le système était fait de façon à ce que tu n'avais pas besoin de prescrire chaque jour, tu faisais « valider, valider, valider » et donc tu n'as pas vraiment de suivi par rapport au nombre de jour de traitement, même par rapport à la posologie. Enfin c'est un peu bizarre. Si tu veux on n'imprimait pas nous même les feuilles de près, il fallait attendre que les infirmières impriment la feuille avec leur code et qu'elle éventuellement elles nous disent « il y a tel ou tel problème » pour que nous on jette un coup d'œil. C'est vrai que je m'étais posé la question tout au long du stage, parce que c'était la première fois que je faisais les prescriptions informatiques, de l'efficacité pour les internes.

Tu as revu la patient après, tu sais ce qu'elle est devenue ?

J'ai demandé de ses nouvelles mais je ne l'ai pas revue non. Après elle est rentrée dans le filière néphro parce qu'elle avait fait apparemment une néphrite, ce qui était quelque chose de concomitant et pas une conséquence de sa prise en charge à l'hôpital. J'ai eu son compte-rendu de sortie de réa et après elle est passé en néphro dans un autre hôpital et après je n'ai plus eu de nouvelles.

Si elle était revenue dans ton service, tu serais allé la voir pour lui dire ce qui s'était passé ou pas ?

Oui, et même là, quand je suis rentrée dans sa chambre, vue qu'elle a vu que j'étais un peu affolée quand je suis rentrée je lui ai dit « ba oui je ne vous ai pas arrêté un des médicaments pour le cœur, mais heureusement votre pacemaker a pris le relais ». Je lui ai montré sur le scope les spikes, pour qu'elle voit que ça fonctionnait bien et je lui ai dit qu'elle allait passer en réa pour être surveillée, je lui ai dit que son rein fonctionnait mal mais qu'elle allait être prise en charge, qu'il n'y avait pas de soucis.

Et comment elle a réagi quand tu lui as dit que tu avais oublié d'arrêter un des médicaments ?

Elle n'a pas...C'était une dame qui était un peu âgée mais qui n'avait pas démence débutante ou de trouble de la cognition et donc elle s'est plus focalisée sur le fait qu'elle allait passer en réa. Parce que c'était un enchaînement, tout allait bien dans le service puis on l'a scopé, on venait la voir plus souvent, puis avant d'appeler les réanimateurs je lui avais dit que j'allais leur demander leur avis car son rein fonctionnait moins bien. Donc je ne suis pas sûre qu'elle ait percuté que j'aie fait une erreur d'arrêt de prescription. Elle était plus focalisée sur l'enchaînement de la prise en charge dans le service puis le passage en réa.

Est-ce que tu estimes qu'à un moment tu aurais pu éviter cette erreur ?

Ah non, franchement non, parce que comme je te dis, à aucun moment je me suis dit « attention elle a des médicaments par rapport auxquels il faut que je fasse attention avec l'insuffisance rénale ». C'est vrai que bizarrement, autant quand les patients sont sous aminosides je fais attention de surveiller la clairance, je fais attention au traitement que j'instaure, c'est vrai que pour un médicament au long court et qu'à priori elle n'avait pas de raison de faire une insuffisance rénale, j'étais à mille lieux d'y penser. Et même si j'avais lu des trucs sur l'insuffisance rénale, je n'aurais pas pu l'éviter.

Est-ce que tu penses que tu es la seule responsable ou il y avait d'autres gens impliqués ?

Non pour le coup c'était que moi, parce que je n'ai pas arrêté le traitement. Après effectivement les chefs de clinique revoyaient certains patients difficiles avec nous, mais là dans la mesure où c'était une histoire extrêmement simpliste. Enfin si le chef de clinique après quand je suis allée le voir en disant que je ne comprenais pas, que la dame avait 400 de créat, 7 de potassium, je ne comprenais pas d'où ça vient, là on a regardé ensemble. Lui il ne m'a même pas dit « tu aurais dû arrêter les digitaliques », il s'est plus focalisé sur trouver les causes de l'insuffisance rénale et donc même si la responsabilité était partagée avec lui, mais je m'en voulais parce que concrètement c'était moi qui était responsable de la prescription.

Tu disais que tu avais parlé avec tes co-internes et tes chefs de cliniques. Est-ce que tu as parlé avec tes proches ou pas ?

Je ne parle pas...enfin si tu veux, dans mes amis proches et dans ma famille personne n'est dans le milieu médical. Une fois j'ai raconté une histoire avec un patient qui avait fait un arrêt cardiorespiratoire aux urgences pendant que je buvais le café et moi j'avais été appelée, le patient avait 82 ans. Donc moi je n'avais pas essayé de le réanimer, je lui avais croisé les mains et j'avais commencé à prier. Et j'avais raconté ça à mes amis parce que c'était une histoire qui m'avait beaucoup marquée et ils ont été très choqués par ça, que je puisse raconter ça de façon aussi anodine même si tout de suite après on avait fait la réanimation standard. C'est vrai que moi j'avais été un peu choquée que le monsieur soit réanimé à 82 ans, pour qu'il passe en réa et que finalement il meurt six heures plus tard en réa, intubé ventilé. Bref, à partir de là j'ai arrêté de raconter quoi que ce soit. Après, même avec mes copines qui étaient en médecine, parce que je ne suis pas sûre qu'on en ait parlé. Mon stage avait tellement d'autres trucs intéressants qui se passaient que du coup je crois que je n'en ai pas parlé.

Est-ce que tu estimes que tu as eu le soutien nécessaire ?

Oui, complètement.

Ils t'ont dit quoi tes chefs ?

Si tu veux moi l'après-midi je me disais « mon Dieu, si elle n'avait pas eu son pacemaker elle serait morte à cause de moi », mais il y a vite d'autres patients qui sont arrivés, et qui étaient plus graves. Et donc l'histoire ça a duré deux heures dans l'après-midi et le soir même il y avait un patient VIH avec une pneumocystose qui est arrivé à la place de la dame, il avait aux alentours de 80% de sat, il devait avoir quatre CD4 et donc il y avait d'autres choses plus importantes à gérer et puis finalement la dame allait bien.

Est-ce que ça a changé des choses dans ta pratique ou pas ?

Ca a eu un effet très important dans les deux trois semaines qui ont suivi mais je pense que ça s'est un peu étioilé avec le temps.

Dans les études sur les erreurs médicales chez les internes aux Etats-Unis, les internes disent qu'ils ne parlent pas de leurs erreurs car ils ont peur des conséquences juridiques. Est-ce que toi ça t'es passé par la tête, la crainte d'un procès ?

Absolument pas, vraiment à aucun moment. Je pense que ça me serait venu à l'esprit si la personne était décédée.

Est-ce que tu penses qu'on devrait nous parler de l'erreur médicale dans notre formation, que ce soit à la fac ou à l'hôpital ?

Je ne sais pas ce que tu penses, mais moi je trouve les cours qu'on a à la fac extrêmement médiocres, extrêmement inintéressants et pas du tout adaptés à ce qu'on peut rencontrer dans la pratique de tous les jours. Je ne suis pas sûre que parler de l'erreur médicale dans un cours par un prof de la fac, franchement je ne suis pas sûre. Après peut-être au sein des services, que nos chefs soient sensibilisés pour nous parler...ouais avec ce format là...ou que lors du début du stage on ait une formation où on nous dit « si vous vous rendez compte que vous faites une erreur, n'hésitez pas à venir nous en parler », ça je pense que ça serait adapté. Mais alors franchement un énième cours à la fac sur un énième sujet qui ne sert à rien...Ou alors peut-être des groupes de parole une fois tous les 3 mois ça serait plus adapté. Et qu'à ce moment-là effectivement qu'on nous demande de raconter nos erreurs, pourquoi pas, mais dans un cours, clairement non. Après je ne veux vraiment pas paraître prétentieuse, mais je me dis vraiment que tout le monde fait des erreurs et j'essaie d'en faire le moins possible mais que forcément il va y en avoir. Et moi je suis convaincue que dans notre carrière on va faire mourir deux ou trois personnes mais malheureusement ça fait partie des inconvénients de notre métier et que même si on fait tout ce qu'on peut, on ne sera jamais au risque zéro. C'est vrai que le fait d'avoir des co-internes avec qui je m'entendais bien et aucune pression, je ne me suis jamais mis la pression pour être la meilleure pour avoir un poste plus tard. Il n'y avait pas de rivalité, et donc à aucun moment je me suis sentie seule, à aucun moment j'ai voulu changer de voie.

Merci beaucoup.

Entretien J

Dans la nuit du 26 juillet au 27, c'était pendant une garde à l'hôpital, il était à peu près trois heures, trois heures et demi du matin, il n'y avait plus personne à voir, j'avais vu tous les patients, j'allais aller me coucher et je fais un dernier tour, et là le téléphone sonne. C'était une infirmière de la médecine 3, qui me dit « j'ai un patient de 60 ans, qui n'est pas bien, il désature à 60% sous lunettes à oxygène à 15 litres. Il faut que tu montes parce qu'il est marbré, il est froid, il est pâle, il n'est pas bien. Il a une hypotension et il est tachycarde aux alentours de 120-130 ». A ce moment-là j'ai raccroché, je suis parti en courant. Entre la médecine 3 et les urgences, il y a à peu près 30 secondes en courant. Donc je suis arrivé, elle m'a fait le topo vite fait, elle m'a dit que c'était un patient de 62 ans, hospitalisé pour un bilan d'image nodulaire à la radio de thorax. Comme antécédent il avait juste un tabagisme actif à 1 paquet par jour depuis 40 ans je crois, ou ça faisait 45 ans qu'il était fumeur. Et c'est tout. Et en l'examinant il n'était vraiment pas bien, il était marbré, il avait des marbrures jusqu'aux cuisses, il était cyanosé, il avait une cyanose des lèvres, une cyanose des extrémités, il était polypnéique, il dessaturait effectivement à 60%, en hypotension à 8/4, il était en tachycardie aux alentours de 130-140.

Donc moi quand j'ai vu ça, j'ai demandé qu'on le mette en position de Trendelenbourg, j'ai demandé qu'on pose deux voies, qu'on mette 2 litres de sérum phy en débit libre, une dans chaque voie. Et qu'est-ce que j'ai demandé d'autre ? Je crois que j'ai demandé qu'on ramène le chariot de réa et qu'on commence à préparer l'adré. Et ensuite je suis parti, j'ai téléphoné au réanimateur. Le réa me dit « Ecoute je n'ai pas de place, je ne peux pas le prendre, donc descend-le ou appelle ton chef des urgences ». Et je lui dis « le patient est réanimatoire, il est en état de choc, il faut que tu montes tout de suite ». Et il m'a dit « Non, non, je n'ai pas de place ». Bon, ok. Moi j'ai rappelé le chef des urgences, le chef des urgences m'a dit « ok j'arrive tout de suite » et à ce moment-là il était... enfin j'ai raccroché, je suis retourné dans la chambre et en fait quand je suis retourné dans la chambre, le patient ne bougeait plus, il ne respirait plus, il était en arrêt. Donc à ce moment-là j'ai commencé à faire le massage cardiaque. Au bout de 30 à 40 secondes, le chef de garde des urgences est arrivé, avec deux autres infirmières. Et puis on a massé, on a fait des insufflations, on l'a choqué. On a dû le choquer à 5 ou 6 reprises. Ah oui, et en même temps que le chef de garde des urgences est arrivé, le réa est arrivé avec lui aussi. Et en fait on l'a choqué, on l'a massé. Et pendant tout ce temps, le réa a essayé de le perfuser parce que les deux voies qu'avaient essayé posé les infirmières, à droite ça ne passait pas du tout. Ça avait pété à deux ou trois reprises, à gauche ça ne passait pas du tout. Ensuite ils ont essayé de mettre un KT jug à droite, ça n'a pas fonctionné et finalement il a essayé à gauche, et il n'y a qu'à gauche que ça a fonctionné. A ce moment-là ils ont passé le sérum phy, puis le Voluven et ils ont du passer à peu près 30, enfin non, 20 milligrammes d'adré. Le patient était toujours en asystolie, on a dû le choquer je ne sais pas combien de fois. En tout, tout ça a pris environ une heure, une heure et quart.

Au bout d'une heure, une heure et quart, le sénior de garde a dit « on arrête » et je ne sais pas pourquoi, il a fait une écho. Une écho cœur. Ca je n'ai jamais su pourquoi mais il a fait une écho cœur et en fait l'espace péricardique était rempli. Il était rempli et le réanimateur a fait une ponction péricardique à l'aveugle, qui a ramené du sang. Donc à ce moment-là le rythme a repris et la première fois on a dû tirer à peu près 50 cc. Ais à chaque fois qu'on en retirait, l'espace se remplissait. On en a retiré encore et encore et encore, en tout on a dû retirer dans le service 500 cc de sang. Mais à chaque fois ça se remplissait. On a appelé le chir viscéral de garde. Le chir viscéral de garde en fait était chez lui, parce que dans cet hôpital ils sont de garde jusqu'à minuit et puis après ils peuvent rentrer chez eux. On l'a appelé, on lui a dit « il faut venir », il est venu. Il a mis à peu près 15 minutes à venir, on l'a transporté au bloc. Et 15 minutes après, on m'a annoncé qu'il était décédé. Donc en fait moi je suis arrivé vers quatre heures moins le quart dans le service, on a du masser et faire la réa jusqu'à cinq heures, après les massages et les ponctions il était cinq heures et demi, on a transféré le patient il était six heures moins le quart et à six heures et quart on m'a annoncé qu'il était décédé. En fait mon ressenti que, ba je m'en suis voulu parce que je me suis dit que j'aurai pu faire quelque chose d'autre. Voilà. Peut-être que je n'aurais pas dû partir, peut-être que j'aurai dû appeler le réa avant de monter. Et ça a beaucoup tourné dans ma tête et à la suite de ça, je fais beaucoup de gardes, j'en fais une à deux par semaine, mais à la suite de ça, à chaque fois qu'on m'appelle dans un service j'y vais la boule au ventre. Je n'ai vraiment pas envie d'y aller, je préviens toujours le sénior avant, et voilà.

Et vous avez su ce qu'il avait en fin de compte ?

Non, on n'a jamais su ce qu'il avait. L'autopsie n'a pas été faite. On n'a jamais su. Le réa a dit que c'était probablement une artère qui a pété. Au début on pensait à une embolie pulmonaire, mais comme à chaque ponction le péricarde se remplissait, il a conclu que c'était une artère qui avait sauté.

Donc toi tu trouves que tu as fait une erreur quelque part ?

Ba oui parce que je me dis que j'aurais peut-être dû appeler le réa en premier ou le prévenir avant de monter, ou le senior de garde avant de monter. Enfin quand on m'a appelé, c'est paradoxal, j'étais content parce que c'était ma première urgence, un vrai état de choc à voir et au final c'était difficile parce que le patient je l'ai vu il était vivant et puis après il était décédé, il était très très jeune, il n'avait aucun antécédent, il n'avait rien. Il était marié je crois, il avait trois enfants. Ce que je me suis toujours dit c'est que j'aurais dû appeler le senior de garde en montant. Je n'arrive pas à m'enlever ça de la tête.

Et qu'est-ce que tu crois qu'il aurait fait de plus ?

Franchement je n'en sais rien, peut-être il aurait, enfin franchement je ne sais pas. Peut-être il l'aurait tout de suite descendu, peut-être il aurait, j'en sais rien. Je ne sais vraiment pas.

Ce sentiment tu l'as toujours ? Enfin après, qu'est-ce qui s'est passé, tu es rentré chez toi ?

Après je suis rentré chez moi. Ah oui, avant la fin de la garde, avant de rentrer chez moi, vers six heures et quart je suis allé dans la chambre de garde. Impossible de dormir. Et puis vers sept on m'a appelé pour un constat de décès en gériatrie, je l'ai fait, et ils m'ont rappelé à huit heures et quart pour faire un autre constat de décès, en médecine 3, là où était le patient, donc je suis reparti je l'ai fait. Et au final je suis rentré chez moi. Si, oui j'ai dormi, mais ma dernière pensée avant de dormir c'était pour lui, quand je me suis réveillé j'ai pensé à lui et puis voilà... Au début j'y pensais tout le temps et maintenant ça m'arrive d'y repenser

oui. Quand je suis le soir comme ça, quand je regarde des trucs à la télé, s'il y a des urgences et tout. C'est anodin, un mec est en train de mourir, ils sont là en train de le masser, ça fait tilt. Oui j'y pense tout le temps.

Au niveau pratique, qu'est-ce que ça a changé au niveau professionnel ?

J'appelle tout le temps le senior avant de monter, tout le temps, tout le temps, tout le temps. Même si on me dit que c'est un patient qui vomit, je le préviens. Je le préviens avant, dès que l'infirmière me dit qu'il ne va pas bien je préviens le sénior des urgences et quand j'estime que c'est vraiment grave je dis au senior de venir avec moi parce que je me dis que ça va revenir, je me dis que si ça se trouve il y a un mec qui va encore mourir. Au niveau de la pratique c'est ça.

A quel moment tu penses que c'était évitable ?

A quel moment c'était évitable ?

Enfin déjà est-ce que tu penses que c'était évitable ?

Franchement je ne sais pas. Même si les réa me disent, enfin parce que le réa me dit tout le temps « mais de toute façon il allait mourir. Sauf s'il avait eu une prise en charge immédiate par un chir, il aurait fait un relais, il aurait drainé ». Voilà, c'est ce qu'ils me disent tous. Parce qu'après j'en ai parlé deux ou trois jours après, je suis allé voir le réa et le senior des urgences, on en a rediscuté pendant deux heures, deux heures et demi, je leur ai fait part du fait que je n'allais pas bien et tout et ils m'ont dit « mais rassure-toi, de toute façon il allait décéder, on aurait rien pu faire ». Mais ça ne répondait pas à ma question « est-ce que j'ai loupé quelque chose ou pas ? ». Et là où ça aurait pu changer, sincèrement je ne sais pas. Je me dis que si le réa était monté avant moi, peut-être lui il aurait fait l'écho juste avant. Je ne sais pas du tout.

Donc tu disais que tu en avais parlé au réa, au chef. Vous avez discuté de ce qui c'était passé ou de toi, comment tu te sentais ?

Non juste de ce qui c'était passé. Ils m'ont dit « ne t'inquiète pas, c'est des choses qui arrivent, tu vas faire avec, ce n'est pas ton premier, ce n'est pas ton dernier, t'en rencontrera d'autre, tantôt tu feras des erreurs, tantôt tu n'en feras pas ». C'est horrible quand on te dit « tu feras des erreurs ». Ce n'est vraiment pas bien, ça t'enforce encore plus. Ouais sinon l'aspect psy on n'en a pas du tout parlé non.

Est-ce que tu as parlé avec tes proches ou pas ?

Ouais avec mes potes, avec mes amis proches que je connais depuis longtemps, qui sont justement en médecine aussi. Bon eux, ils me disent que de toute façon c'était un état de choc et je ne pouvais rien faire de plus. Ah oui parce que à la place de l'oxygène qui était aux lunettes moi je l'avais mis au masque à haute concentration et en fait après ils me disent « qu'est-ce que tu aurais pu faire de mieux ? ». Je ne sais pas, peut-être appeler le sénior, faire une écho avant. Enfin ça devient très flou après. Eux ils me disent « non, non, tu n'as qu'à relire les recommandations, l'état de choc c'est ça, l'arrêt cardiorespiratoire c'est ça ». Enfin voilà.

Tu as parlé avec des gens qui n'étaient pas en médecine ou pas ?

Euh non, non. J'ai juste parlé à ceux qui étaient en médecine. Enfin si j'en ai parlé à ma copine mais bref, elle a dit « ohlala ça doit être dur », mais enfin elle ne vit pas le truc et elle ne comprend pas trop. Ca lui semble étranger tout ça.

Est-ce que tu estimes que tu as été soutenu par tes chefs ou pas ?

Ba sincèrement non, non pas du tout. Enfin voilà, ils bossent aux urgences, en réa, ils n'ont pas trop le temps. Mais juste le fait d'en avoir parlé avec eux deux heures ça fait du bien, mais ils n'ont toujours pas répondu à ma question de « est-ce que j'ai loupé quelque chose ? ». Et c'est horrible ça, ce sentiment que j'ai loupé quelque chose. Parce que le stage s'est fini là il y a deux semaines, et juste avant de partir je les ai revus et j'en ai reparlé et ils s'en souviennent vaguement.

Qu'est-ce qui aurait pu t'aider alors ? Qu'ils répondent à cette question ?

Au moins qu'ils répondent à cette question par oui ou non, parce que s'il n'y avait rien d'autre à faire, si ma prise en charge était correcte et bien elle était correcte mais je persiste, j'aurai dû appeler le sénior avant de monter. Et si j'avais fait une erreur, ba au moins ça m'aurait servi pour la suite. Juste répondre ça enlève un poids.

Ta responsabilité tu l'estimes à combien ?

Moi initialement dans le truc ? Même maintenant je l'estime à 100% ma responsabilité. C'est pour ça que même trois mois après il a fallu que j'en reparle avec les réa, j'ai fait une trace de ça, et je vais faire les groupes Balint. Mais ma dernière garde avant de partir, au mois d'octobre, j'ai été appelé, j'étais en panique. J'ai été appelé pour une dame de 90 ans, elle avait un cancer multi métastasé et qui avait une douleur tho, enfin non, non, elle avait juste des vomissements. Ce n'est pas la même chose, mais la panique elle est quand même là. J'ai appelé le senior de garde, je lui ai dit que j'allais monter et il m'a dit « oui, ok, ok », mais je lui ai dit « reste à côté du téléphone ».

Dans les articles américains, il y a beaucoup d'internes qui ne veulent pas parler de leurs erreurs car ils ont une crainte du procès. Est-ce que toi ça t'est passé par la tête ? Est-ce que tu t'es dit que tu allais avoir un procès ?

Sincèrement non. A aucun moment je me suis dit je vais avoir un procès. Je n'y ai même pas pensé.

Est-ce que tu trouves qu'on nous parle assez des erreurs médicales dans notre formation ou pas ?

Non pas du tout, et le peu de fois où j'en ai entendu parler c'est soit de très très grosses erreurs, genre, je ne sais pas moi, un mec vient, il a le bras cassé de partout et il repart avec du paracétamol. C'est soit ça, soit on dénigre complètement l'interne, ou le chef, « il a fait une prise en charge bidon, il est nul, je ne sais même pas pourquoi il est médecin ». On n'en parle pas assez du... parce qu'en fait on fait des erreurs et on en fera parce que c'est le métier qui veut ça aussi, mais justement il faut qu'on apprenne de nos erreurs et on ne nous en parle pas du tout. On peut en parler entre potes, mais avec les chefs on n'en parle jamais, et on nous dit « attention les procès, il faut tout écrire dans le dossier ».

Qu'est-ce tu proposes pour améliorer ça ?

Ce qui serait bien c'est qu'il y ait un truc, que quand un interne ou un chef fait une erreur ou pense qu'il a fait quelque chose de pas bien, ou qu'il s'est trompé ou quelque chose comme ça, justement qu'il le dise, ou qu'il le mette sur un site. Ou à la fac. Pour justement ne pas faire la même erreur. Surtout quand ça vient des chefs parce que c'est eux qui nous apprennent et demain nous on apprendra aux autres et si on transmet les mêmes erreurs à chaque fois ça ne va pas. Et pour les internes c'est pareil : dès qu'on a fait une erreur ou qu'on pense avoir fait une erreur, soit le mettre à l'écrit, soit le mettre sur un site, soit quelque chose comme ça. Après c'est plus de formation, plus de pratique quoi.

Donc en fin de compte, qu'est-ce qui a été le plus difficile pour toi dans toute cette histoire ?

Le plus difficile ça été de un, ne pas savoir si ce que j'avais fait c'était bien ou pas, et de deux, de voir le patient décéder. Parce que je l'ai vu, il n'était pas bien mais il était encore là, je suis parti passer un coup de fil, je suis revenu. Après je me dis que je n'aurai pas dû partir, j'aurais dû demander à l'infirmière de passer le coup de fil, de dire au réa de monter.

Juste une dernière question : si le patient n'était pas décédé et si tu avais pu revoir ce patient, est-ce que tu aurais parlé avec lui de ce qui s'était passé ?

Oui j'aurai parlé avec lui, je lui aurais demandé les signes fonctionnels qu'il avait ressenti juste avant et surtout juste prendre de ses nouvelles.

Si erreur il y a eu, est-ce que tu en aurais parlé avec lui ?

Si j'avais fait une erreur, à posteriori, honnêtement non, je ne lui aurais pas dit « ba voilà j'ai fait une erreur ». Sincèrement non, je ne pense pas que je l'aurais fait. Juste revoir ses symptômes, revoir ce qu'il avait ressenti et comprendre comment c'est arrivé. C'est surtout ça, comprendre.

Merci beaucoup.

Annexe 6 : Fiche pratique de l'APHP

EN CAS D'ÉVÉNEMENT INDESIRABLE GRAVE (EIG) : QUE DIRE AU PATIENT ? COMMENT FAIRE ?

Vous pouvez être un jour confronté à un accident ou une erreur médicale, entraînant des séquelles importantes. Quand et comment informer le patient et ses proches ? Ces situations exceptionnelles, toujours soudaines, nécessitent des repères pour conduire cette démarche qui n'est ni facile, ni innée.

Pourquoi informer ?

<p>De l'exigence éthique à l'obligation légale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Informer le patient, en cas d'EIG est dans la loi Kouchner du 4 mars 2002 ➔ La certification des établissements de santé (V2010) demande aux établissements d'être « préparés » (réf. 11c) 	<p>Les bonnes pratiques Les premiers standards ont été publiés par les australiens en 2003.</p>
<p>« Je ne recherche pas le risque zéro mais le mépris zéro » Une patiente (HAS 2007)</p>	<p>Ce que veulent les malades :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ A l'unanimité : être informés rapidement et systématiquement, surtout si c'est grave ➔ l'expression de regrets et des excuses, en cas d'erreur ➔ Eventuellement, une indemnisation ➔ Plus rarement, une sanction... sauf si on leur a dissimulé l'événement et l'erreur <p>En pratique, 75% des patients confrontés à un événement indésirable disent ne pas avoir été informés</p>	<p>Quid du contentieux ? Des études nord-américaines ont montré qu'une politique de gestion des risques et de « transparence » permettait de diminuer le nombre et le coût des litiges.</p>

Faites-vous aider

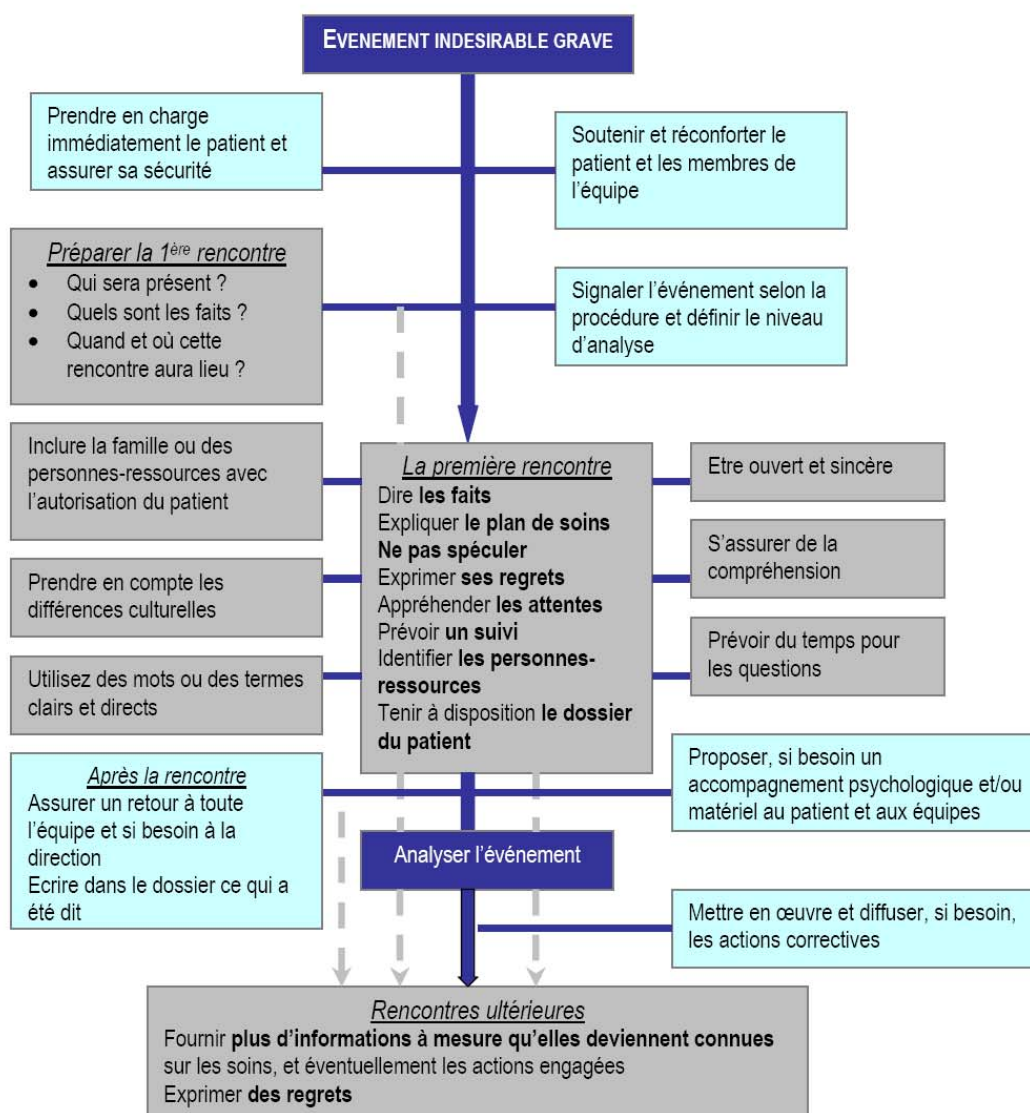
<p>« Transformer la culture de la faute en une culture de la responsabilité partagée » <i>A-M Ceretti, président de la mission MIDISS</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Pensez à toujours informer le chef de service, le cadre de soins ➔ Le gestionnaire des risques, le médiateur et le chargé des relations avec les usagers de votre hôpital sont là pour vous aider dans le signalement et l'analyse de l'événement, dans l'accompagnement du patient et de ses proches. 	<p>L'hôpital doit s'engager en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ facilitant le signalement et l'analyse des erreurs, sans sanctionner ○ soutenant les équipes ○ accompagnant le patient et ses proches
--	---	---

Préparez la rencontre

<p>« Il n'existe pas de bonnes façons d'annoncer des mauvaises nouvelles mais il y en a qui sont moins dévastatrices que d'autres. »</p>	<p>Les principes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ une information initiale très rapide mais limitée à ce qui est certain, sans accuser les autres, même pour dire « je ne sais pas » ➔ de l'écoute et de l'empathie ➔ une progressivité de la démarche d'information ➔ une explication sur ce qui sera fait pour éviter, en cas de dysfonctionnement, qu'un tel événement ne se reproduise 	<p>Où ? Choisir un lieu calme, neutre, sans risque d'interruption, où chacun est assis à égalité</p> <p>Qui ? Le médecin senior en lien avec l'équipe infirmière...</p>
--	---	---

Intégrer la communication au patient dans votre démarche de gestion des risques (schéma)

GERER, ANALYSER L'EIG ET INFORMER LE PATIENT



Source : Institut canadien pour la sécurité du patient (adaptation)

Pour en savoir plus



- ➔ Commander le guide « Evénement indésirable grave, parlons-en » auprès de : nathalie.gildas@sap.aphp.fr
- ➔ Consultez notre site intranet (<http://portail-cms.aphp.fr/gestion-risques>) et internet (<http://qualite-securite.aphp.fr/-Assurer-la-securite-.html?rubrique>)