

**UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

**Année 2015**

**n°**

**THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**M. Dan BISMUTH né le 27 mai 1987 aux Lilas (93)**

\_\_\_\_\_

*Présentée et soutenue publiquement le 17 février 2015*

\_\_\_\_\_

**L'erreur médicale: analyse des traces  
d'apprentissage produites par les internes du  
département de médecine générale Paris Diderot**

Président de thèse : Professeur Jean-Pierre AUBERT

Directeur de thèse : Professeur Eric GALAM

**DES de Médecine Générale**

## **Remerciements**

Je remercie Madame et Messieurs les membres du jury: le Professeur Aubert qui me fait l'honneur de présider le jury, Mme le Professeur Crickx et le Professeur Culine.

Je remercie en particulier le Professeur Galam, mon directeur de thèse, pour sa gentillesse, sa disponibilité et son professionnalisme tout au long de ce travail.

Je remercie également Mme Lecoy pour son aide.

# **Table des matières**

Liste des abréviations utilisées.....	4
Introduction.....	6
I. Méthode.....	9
II. Résultats.....	11
A. Structures des traces.....	11
B. Contexte.....	13
1. Lieu (tableau 1.1 P.66).....	13
2. Semestre (tableau 1.1).....	14
3. Patients (tableau 1.1).....	14
4. Pathologies (tableau 1.2 p.69).....	16
5. Intervenants (tableau 1.1).....	16
C. Les erreurs et leurs conséquences.....	18
1. Les erreurs (tableau 1.2).....	18
2. Les conséquences (tableau 1.2).....	20
D. Solutions et implications.....	23
1. Les solutions adoptées et les évolutions (tableau 1.3 p.75).....	23
2. Les implications psychologiques et les enseignements (tableau 1.3).....	26
E. Questions et enseignements.....	29
1. Les questionnements (tableau 1.4 p.81).....	29
2. Problématiques évoquées (tableau 1.4).....	35
F. Eléments narratifs : mots et phrases clés (tableau 1.5 p.85).....	40
G. Les traces d'apprentissage.....	44
1. Des erreurs plutôt qu'une erreur.....	44
2. Disparité des traces.....	45
3. Quelques traces difficiles à exploiter.....	46
H. Eléments de synthèse (tableau 1.6 p.92).....	47
III. Discussion.....	53
A. Points forts et limites de l'étude.....	53
1. Points forts.....	53
2. Limites de l'étude.....	54
B. Comparaison des résultats à la littérature .....	55
C. Perspectives.....	62
Conclusion.....	64
Annexes.....	65
Bibliographie.....	103

## **Liste des abréviations utilisées**

ACFA	arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire
ADO	anti-diabétique oral
ADP	adénopathie
AEG	altération de l'état général
AOMI	artériopathie oblitérante des membres inférieurs
AVC	accident vasculaire cérébral
BPCO	broncho pneumopathie chronique obstructive
BU	bandelette urinaire
CCA	chef de clinique assistant
CMV	cyto-mégalo virus
CNA	certificat de non admission
CRH	compte-rendu d'hospitalisation
CRP	protéine C réactive
D2	diabète de type 2
DMG	département de médecine générale
ECBU	examen cyto-bactériologique des urines
ECG	électrocardiogramme
ECOS	Examens Cliniques Objectifs Structurés
ED	enseignement dirigé
EVA	échelle visuelle analogique
FA	fibrillation auriculaire
GEA	gastro-entérite aigue
HNF	héparine non fractionnée
HTA	hypertension artérielle
HTIC	hypertension intracrânienne
IAO	infirmière d'accueil et d'orientation
IRM	imagerie par résonance magnétique
IV	intra-veineux
LDH	lactate déshydrogénase
MPR	médecine physique et réadaptation
PA	pression artérielle

PH	praticien hospitalier
ROT	réflexe ostéo-tendineux
RSCA	récit de situation complexe authentique
SAS	syndrome d'apnée du sommeil
SASPAS	stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SAU	service d'accueil des urgences
TAP	thoraco-abdomino-pelvien
TDM	tomodensitométrie
THS	traitement hormonal substitutif
TSH	thyro stimulin hormon
UHCD	unité d'hospitalisation de courte durée
UI	unités internationales

## **Introduction**

L'erreur médicale est devenue ces dernières années un sujet de plus en plus préoccupant pour les soignants et pour les autorités de santé (1). La sécurité des patients, la gestion des risques et des événements indésirables associés aux soins mais aussi la gestion des erreurs et des plaintes prennent une place considérable. La médecine tout puissante est un mythe dépassé depuis longtemps et les médecins sont de plus en plus conscients du risque de faire une erreur auquel ils s'exposent dès le premier jour de leur premier stage hospitalier. Les patients eux aussi ont changé dans leur approche du service médical. Les médias ont donné naissance à une véritable culture médicale, et qui veut s'informer peut le faire au point qu'on en arrive parfois à des situations dans lesquelles le patient en sait plus que le médecin sur certaines maladies rares ou pas. Sinon une obligation de résultats, les patients d'aujourd'hui attendent pour la plupart une obligation de moyens de la part du médecin.

Dans ce contexte, fruit d'une évolution rapide et même parfois non maîtrisée, une véritable formation à la gestion de l'erreur est nécessaire pour les soignants, formation médicale continue pour les seniors, formation initiale pour les étudiants. E. Galam qualifiait lui-même son ouvrage intitulé « L'erreur médicale, le burnout et le soignant » comme « le fruit d'une évolution culturelle majeure et encore fragile ».

Dans le cadre de l'amélioration des pratiques et de la sécurité des soins, la Haute Autorité de Santé a édité un guide en mars 2012 sur la gestion des risques associés aux soins (2). Elle justifiait la nécessité de ce guide par un contexte dans lequel les événements indésirables associés aux soins restent élevés. Si les dix dernières années ont vu les publications des cadres réglementaires et des recommandations en terme de gestion des

risques associés aux soins augmenter de façon significative, la HAS faisait le constat regrettable du manque d'assemblage cohérent de ces cadres et du manque d'une culture de sécurité pour les transformer en priorité réelle.

L'année précédente, la HAS avait édité des recommandations concernant l'annonce d'un dommage associé aux soins (3). Une annonce correctement menée est le début d'une erreur correctement gérée, dans le but que son vécu soit le moins traumatisant possible pour celui qui en est la victime. Mais comme le qualificatif de « seconde victime » introduit par Albert Wu (4) l'exprime si bien, le soignant auteur de l'erreur peut en souffrir parfois presque autant que le patient lésé.

Le vécu affectif d'une erreur médicale est variable d'un médecin à un autre, il dépend de plusieurs paramètres dont le contexte de survenue de l'erreur, l'implication du médecin, son caractère, la gravité de l'erreur. Mais ce vécu dépend aussi de la préparation du médecin à la gestion de l'erreur, le fait qu'il la porte seul ou au contraire qu'il y soit confronté avec l'aide de ses pairs. La judiciarisation de l'erreur avec la plainte d'un patient, qui est souvent le fruit d'une mauvaise gestion de l'impact de l'erreur tant chez sa victime que chez son auteur, est souvent à l'origine d'un degré supplémentaire de souffrance chez le soignant. « Toute mise en cause, surtout lorsqu'elle s'exerce devant la justice, peut avoir des effets dévastateurs pour le professionnel de santé, et générer une vraie souffrance , qui mérite d'être prise en compte » (5)

Au département de médecine générale de l'université Denis Diderot PARIS VII, un enseignement est dédié à l'erreur médicale et à sa gestion. Les internes qui y participent sont invités à y raconter une erreur qu'ils ont pu commettre, à la partager avec les autres

étudiants et enseignants. Certains ont du mal à trouver dans leur mémoire un événement indésirable qui ne soit pas juste anecdotique et qui vaille la peine d'être raconté aux autres. Ils sont parfois surpris des réactions vives et émotives du public face au récit de ce que ce public considère être une vraie erreur avec une forte responsabilité. D'autres ont honte et n'osent pas raconter un événement qui les a traumatisés et qu'ils essaient de refouler. Ils sont souvent délivrés par le partage de l'expérience désagréable et arrivent ainsi à convertir leurs erreurs en une expérience enrichissante.

Au cours de cet enseignement et tout au long de leur formation théorique du troisième cycle, les internes sont incités à produire des traces d'apprentissage sur le sujet de l'erreur médicale. Ils sont invités à y faire le récit d'une situation complexe qu'ils ont vécue, au cours de laquelle une erreur a été commise, et dans laquelle ils sont impliqués. Il est également attendu de leur part qu'ils mènent des analyses à la fois sur l'histoire vécue et des analyses théoriques sur les sujets de médecine qui ont fait l'objet de l'erreur. Les internes y livrent également leurs émotions, leurs craintes, leurs vécus affectifs, leurs tentations. Ces traces apparaissent donc comme un matériau précieux pour connaître et comprendre le vécu des erreurs médicales par les internes de médecine générale dans l'optique de pouvoir peut-être leur amener des clés face aux problématiques rencontrées.

Le récit de situation complexe authentique est le type de trace d'apprentissage le plus pertinent et à la fois le plus élaboré (6), mais la production des RSCA est un exercice qui reste encore fragile pour les internes de médecine générale. L'analyse de ces traces a aussi permis de comprendre comment les internes perçoivent et répondent aux attentes du département de médecine générale concernant la production des traces d'apprentissage. Sellam M. a d'ailleurs mené une étude selon la même méthode sur le

sujet du travail en équipe au sein du système de santé (7). Mieux connaître le travail de nos internes est une étape préalable incontournable pour mieux les orienter et les guider dans cet exercice « essentiel et salutaire » qu'est la rédaction des traces d'apprentissage (6).

L'objectif principal de cette recherche est donc de comprendre comment est vécue l'erreur médicale par les internes de médecine générale à travers leurs RSCA sur ce thème. Par ailleurs, l'objectif secondaire de la recherche est de tirer des enseignements sur la façon dont les internes de médecine générale perçoivent et répondent aux attentes et consignes du DMG.

## **I. Méthode**

Le DMG dispose d'une base de données colligeant toutes les traces produites par ses internes. Des traces ayant comme mots clé, « erreur médicale » ont été choisies de manière raisonnée pour leur diversité jusqu'à saturation des données. Ces traces ont été anonymisées de sorte que l'identité de leurs auteurs et celles de tous les intervenants n'y figurent pas.

La première étape de l'analyse était quantitative. Il s'agissait au moyen d'un simple compte des mots de rendre compte de la façon dont les traces étaient organisées et réparties par leurs auteurs. Nous avons réalisé un tableau à double entrée sur le format excel en plaçant un numéro de trace sur chaque ligne et chacun des items suivant dans différentes colonnes : numéro de trace, titre, nombre total de mots, nombre de mots d'introduction, nombre de mots de narration, nombre de mots d'analyse de l'histoire, nombre de mots

d'analyse théorique, nombre de références bibliographiques.

Grâce à ce tableau nous avons pu réaliser des calculs de pourcentage pour voir comment le volume de mots était réparti entre les différents items. Ces chiffres ont pu être intégrés dans la partie des résultats intitulée « structure de la trace ». Par ailleurs, ces chiffres renseignaient sur le vécu de l'erreur par les internes dans le sens où ils reflétaient les besoins et étapes nécessaires des internes qui se livraient à propos de leurs erreurs et réalisaient un travail les concernant.

La deuxième étape a consisté en une analyse de chaque trace séparément avec la constitution pour chaque trace d'un document récapitulatif. Le plan suivi pour chaque trace était toujours le même: commentaires généraux, structure de la trace , éléments concernant le patient, la pathologie, les erreurs, les conséquences, les intervenants, les questionnements, implications, les mots ou les phrases clés, les problématiques évoquées, les solutions adoptées et l'évolution. Ces items ont été choisis pour couvrir tous les éléments possibles présents dans une trace. Le but de ce travail était l'obtention d'un document le plus complet qui soit pour chaque trace rassemblant toutes les informations de la trace utiles à notre étude, de sorte que l'on ait le moins possible à retourner vers la trace initiale telle qu'elle avait été rédigée par son auteur, pour notre analyse des résultats.

Le troisième temps, analytique, a consisté en la constitution de tableaux: chaque tableau comportait une ligne pour chaque trace, et en colonne un des items cités plus haut: commentaires généraux, structure de la trace... Ces différents tableaux différents constituaient l'essentiel de nos résultats.

En dernière étape de l'analyse, des données ont été extraites de ces tableaux pour

dégager les points communs, les idées récurrentes, et certaines données chiffrées. Certains graphiques ont pu être réalisés et les idées maîtresses qui ressortaient de l'analyse ont pu être comparées aux données de la littérature actuelle.

## **II. Résultats**

### **A. Structures des traces**

La majorité des traces est structurée sur le modèle « introduction, récit de situation clinique, analyse du récit, analyse théorique avec recherches documentaires, conclusion, bibliographie ». Certaines traces présentent des spécificités : Les traces numéro 3, 14 et 27 comportent un épilogue. Dans la trace numéro 17, la recherche documentaire est en fait une synthèse d'articles de la littérature. Dans la trace 25, le plan est présenté en début de trace. La trace 29 comporte une partie qui consiste en la mise par écrit de certains éléments du cours sur l'erreur médicale donné à Paris 7. La trace 26 n'est pas un RSCA, elle comporte donc dans sa structure une introduction, une présentation de données sous forme d'un tableau, une présentation de résultats avec plusieurs tableaux et une conclusion. La trace 30 suit un schéma complètement différent puisqu'elle est en fait le guide par écrit d'un ECOS détaillant les directives pour chaque acteur, la grille d'évaluation et les références.

#### ***introduction***

Elle est occultée dans 5 traces sur 29.

Elle représente finalement une faible part du travail de rédaction de traces des internes avec seulement 1,45% du volume de mots d'une trace en moyenne. C'est dans la trace

numéro 26 qu'elle occupe le plus de place avec 16,51% du volume de mots.

### ***récit de situation clinique***

Le récit occupe une place majeure avec 37,95% du volume de mots d'une trace en moyenne. Dans la trace numéro 9 elle occupe seulement 12,26% du volume de mots alors qu'elle en occupe 67,73% dans la trace numéro 7. On peut supposer que cette place majeure est expliquée par le caractère traumatisant des erreurs, les internes se souviennent de détails précis et situent très bien les erreurs commises dans leur contexte.

### ***analyse du récit***

Elle occupe 17,42% du volume de mots d'une trace en moyenne. Elle est absente dans 4 traces. Dans la trace numéro 26, elle occupe 56,55% du volume de mots.

### ***analyse théorique avec recherche documentaire***

L'analyse théorique est présente dans 25 traces sur 29, dans la majorité des cas elle porte sur l'item de médecine au sujet duquel la faute a eu lieu.

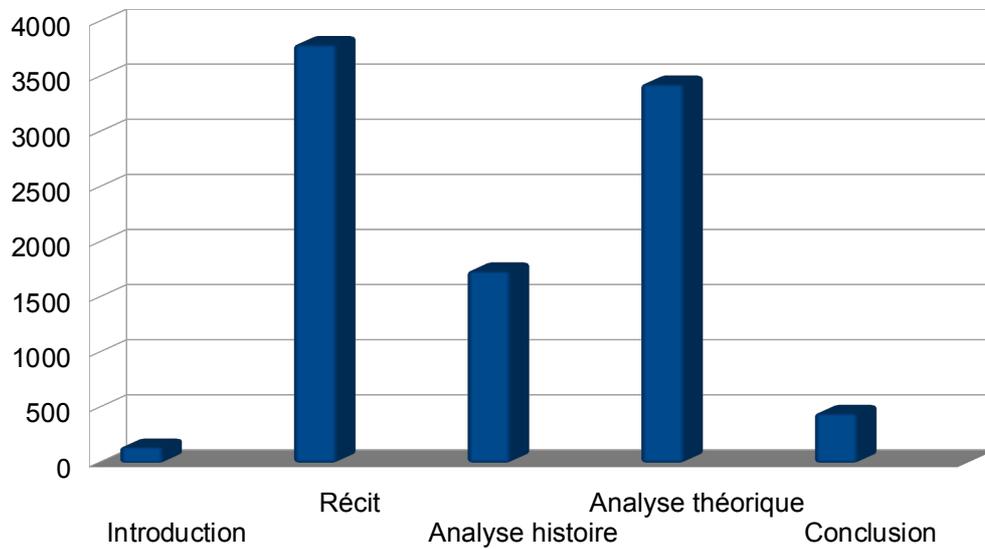
Elle occupe 34,36% du volume de mots d'une trace en moyenne. Ce volume majeur peut être expliqué par la volonté de se renseigner et de se former sur le thème médical ayant posé problème à l'interne. Dans la trace numéro 9, elle occupe 75,93% du volume de mots.

### ***conclusion***

Seules 10 traces sur 29 comportent des conclusions, celles-ci occupent 4,51% du volume de mots d'une trace en moyenne. Dans la trace numéro 19, elle occupe 16,42% du volume de mots.

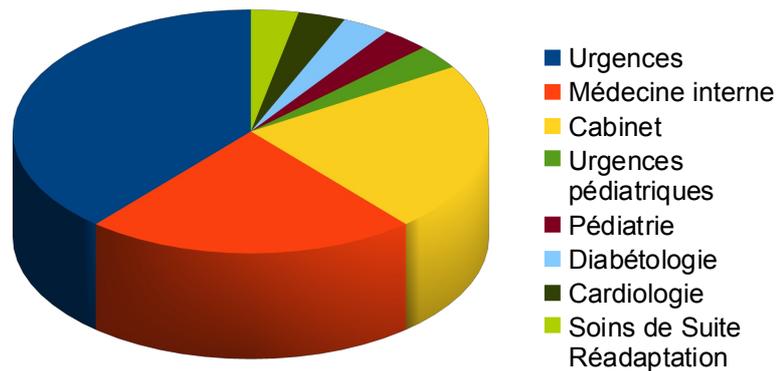
## ***bibliographie***

Seules 20 traces sur 29 possèdent une bibliographie.



## **B. Contexte**

### **1. Lieu** (tableau 1.1 P.66)



Les urgences apparaissent comme le premier terrain sur lequel les erreurs se produisent

(12 cas soit 38,7%). La pression qui règne sur ce terrain d'exercice de la médecine peut expliquer cette première place. Les erreurs surviennent également de façon importante en médecine interne (7 cas soit 22,6%) et en cabinet (7 cas soit 22,6%). On peut supposer que le caractère plus autonome des internes en cabinet les expose plus au risque d'erreur.

## **2. Semestre** (tableau 1.1)

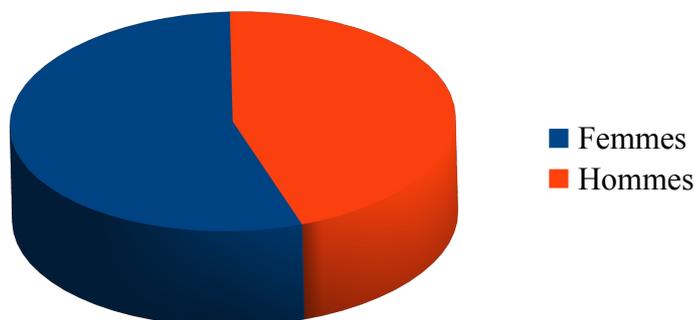
Neuf internes ont renseigné le semestre au cours duquel ils étaient lorsque l'erreur s'est produite. La moyenne sur ces 9 semestres est de 2,33 avec 5 erreurs sur 9 survenues en 1er semestre. Ce résultat montre le lien qui existe entre le risque de survenue d'erreur et le caractère débutant du praticien.

## **3. Patients** (tableau 1.1)

### ***Sexe du patient***

Il s'agissait d'un homme dans 14 cas sur 31 soit 45,16% des cas cliniques.

Il s'agissait d'une femme dans 17 cas sur 31 soit 54,84 % des cas cliniques.



### ***Age du patient***

Sur 31 cas cliniques rapportés, les âges des patients se répartissaient de la façon suivante :

3 enfants (moins de 6 ans)

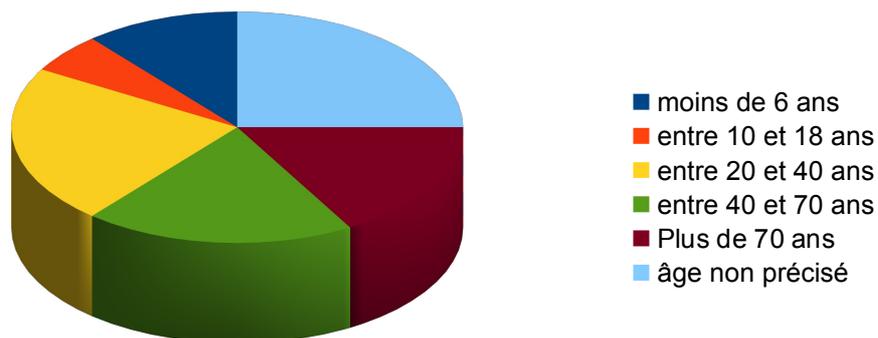
2 enfants entre 10 et 18 ans

8 adultes entre 20 et 40 ans

7 adultes de 40 à 70 ans

6 personnes de plus de 70 ans

Dans 5 cas, l'âge n'est pas précisé.



### ***Antécédents et précarité***

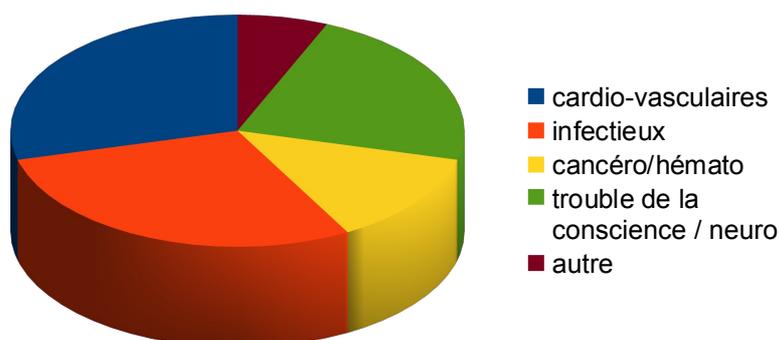
Dans 17 cas au moins un antécédent personnel est rapporté.

Dans 9 cas, un critère de précarité/isolement/vie en institution/âge très avancé/absence de couverture sociale est présent = patient fragile.

#### **4. Pathologies** (tableau 1.2 p.69)

Les pathologies ayant fait l'objet d'erreurs dans leurs prises en charge étaient :

- dans 9 cas des pathologies cardio-vasculaires
- dans 9 cas des pathologies infectieuses
- dans 4 cas des pathologies cancérologie/hématologie
- dans 4 cas des pathologies liées à des troubles de la conscience + 3 cas de pathologies neurologiques



#### **5. Intervenants** (tableau 1.1)

##### ***De multiples intervenants***

Les erreurs impliquent toujours plusieurs intervenants. Et dans la majorité des cas, les responsabilités sont partagées. Sur 30 cas narrés, il n'y a que 9 récits dans lesquels l'erreur est imputable à une seule personne. Dans la trace numéro 1, l'erreur était le fait de l'interne mais aussi des supérieurs hiérarchiques passés donner des avis, ainsi que des spécialistes consultés. Parfois, les erreurs sont répétées par différents médecins consultés

lors de consultations successives pour un même motif. C'est le cas dans la trace 4 par exemple dans laquelle une mère avait consulté 5 fois pour son enfant de 2,5 ans pour des vomissements sans troubles du transit. On lui avait dit 4 fois qu'il s'agissait d'une gastro-entérite et ce n'est qu'à la 5ème consultation que le bon diagnostic de tumeur du tronc cérébral avait été posé devant une raideur de nuque. Dans la trace 6 une prescription d'un traitement de fond n'avait pas été faite par l'interne qui avait accueilli le patient dans le service, et l'interne narratrice avait reconduit les prescriptions avec ce traitement manquant sans les vérifier. Les erreurs impliquent donc de multiples intervenants à la fois parce que plusieurs personnes commettent la même erreur mais aussi dans d'autres cas parce que plusieurs personnes commettent chacune un oubli mineur ou une erreur mineure ce qui constitue au final lorsque les oublis et les erreurs s'additionnent une erreur importante.

### ***Le sénior en charge de l'interne***

Dans la quasi-totalité des cas, le sénior en charge de l'interne est impliqué par ses fonctions de supervision. Parfois il n'y a pas de responsabilité directe (c'est à dire qu'il n'est impliqué que par ses fonctions de supervision), dans d'autres cas il a une responsabilité directe comme dans la trace 13 où un sénior consulté pour vérification de posologie avait lui aussi commis une erreur. Dans deux cas rapportés, un sénior était le principal responsable de l'erreur. Il s'agissait de la trace 2 dans laquelle le sénior de cardiologie soutenait que le patient avait un lumbago hyper-algique alors que l'interne narrateur défendait le bon diagnostic de dissection aortique, et de la trace 21 dans laquelle devant un patient présentant des épigastralgies et des brûlures rétro-sternales avec ondes U sur l'ECG, l'interne évoquait une douleur coronarienne alors que le sénior des urgences soutenait que la douleur était d'origine digestive.

### ***Rapports aux spécialistes***

Souvent un spécialiste est impliqué, et dans plusieurs cas il avait une part de responsabilité plus ou moins importante dans l'erreur. Comme nous l'avons déjà dit, c'était le cas dans la trace 2 par exemple ou encore dans la trace 11 dans laquelle le radiologue n'avait pas fait le diagnostic de descellement de prothèse.

### ***Erreurs d'équipes***

L'erreur survient dans un contexte général de prise en charge, de ce fait les équipes paramédicales sont très souvent impliquées (sans que leur responsabilité soit engagée dans la plupart des cas). On citera par exemple le cas numéro 1 de la trace 15 dans lequel pour un patient amené par les forces de l'ordre pour certificat de non admission, l'infirmière n'avait pas pris les constantes du patient qui en fait n'avait pas consommé d'alcool mais présentait un sepsis, ou encore le cas numéro 2 de cette même trace dans laquelle un patient a failli être déclaré décédé et sa famille prévenue en pleine nuit alors qu'il était bien vivant et que l'infirmière avait inversé deux dossiers.

## **C. Les erreurs et leurs conséquences**

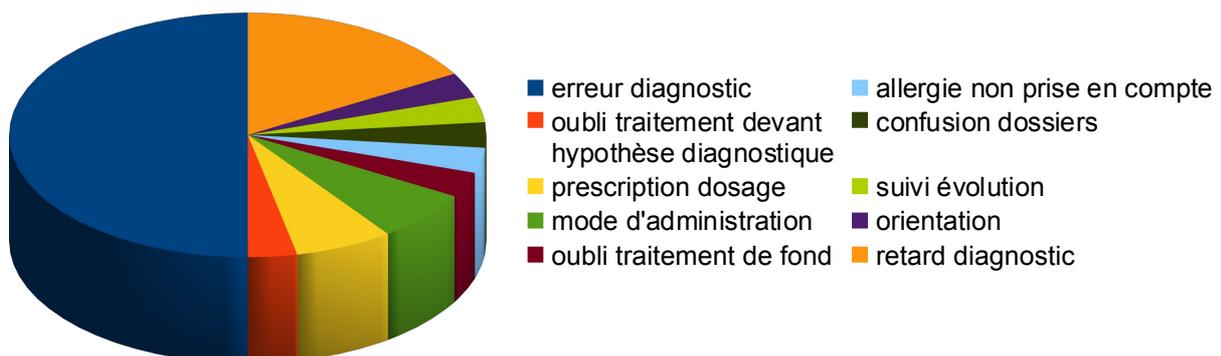
### **1. Les erreurs** (tableau 1.2)

#### **La distribution de l'erreur principale était la suivante :**

- 15 erreurs diagnostiques dont une liée à un examen complémentaire à priori indispensable non fait, 4 liées à un examen clinique incomplet et 3 liées à un examen complémentaire mal lu
- 2 erreurs de prescription sur la dose
- 2 erreurs de mode d'administration

- 1 oubli de prescription de traitement de fond
- 1 erreur liée à une allergie non prise en compte
- 1 erreur liée à une confusion de dossiers
- 1 erreur d'absence de suivi d'évolution et réévaluation de la patiente
- 1 erreur d'orientation liée à la non consultation d'un examen complémentaire
- 5 retards diagnostiques dont 4 liés à un examen complémentaire non fait ou non lu ou mal lu
- 1 erreur liée à la non prescription d'un traitement nécessaire devant une hypothèse diagnostique.

Dans 3 traces d'apprentissage, l'auteur de l'erreur n'était pas l'interne auteur de la trace, 3 erreurs sont liées à un défaut de transmission entre praticiens.



## **2. Les conséquences** (tableau 1.2)

### ***Chez le patient***

Les conséquences médicales d'une erreur vont de la plus banale à la plus dramatique : pas de conséquence pratique versus décès du patient en passant par une aggravation du pronostic fonctionnel et la souffrance chez le patient. Trois erreurs ont eu pour conséquence le décès d'un patient. Outre les souffrances physiques, l'erreur occasionne un stress important chez le patient si celui-ci en est informé. Par exemple dans la trace 1, le patient qui semblait au début peu inquiet pour son état de santé s'est mis à poser de nombreuses questions auxquelles il fallait répondre pour le rassurer lorsqu'il a compris qu'une erreur avait été commise.

Les réactions des patients dans ce cas vont de l'attitude compréhensive à la réaction la plus virulente avec dépôt de plainte. Les réactions des patients à l'annonce d'une erreur sont très liées à la façon dont cette annonce a été faite, à la qualité du relationnel lors de la prise en charge jusqu'alors, et à la bonne gestion de l'erreur de façon générale. Un exemple de réaction très compréhensive est celui de la trace 7 : *« Elle comprend très bien la situation, a refusé l'intervention de façon délibérée ("à 83 ans, ce n'est pas raisonnable cette opération"). Je la trouve étonnamment sereine; apparemment assez croyante, elle prend les choses avec beaucoup de fatalisme : "c'est ainsi que les choses devaient se passer". A aucun moment elle ne remet en cause notre prise en charge médicale. »*. Cette réaction très compréhensive de la part de la patiente s'explique en partie par une communication adaptée de la part de l'interne narratrice : *« Dès son retour dans le service, je m'entretiens avec la patiente pour lui expliquer le caractère exceptionnel de cette évolution, et le pronostic fonctionnel associé. Je veux également évaluer son état psychologique »*. Par opposition, la réaction la plus virulente a été observée dans la trace 7, avec le seul dépôt de plainte parmi toutes les traces : Il s'agissait d'un cas de

constipation chez un enfant, pour lequel le diagnostic de constipation fonctionnelle avait été posé alors que toutes les explorations n'avaient pas été réalisées. Il est particulièrement intéressant d'observer que même dans un cas d'erreur aussi grave, la communication aurait pu avoir un rôle primordial pour désamorcer la situation: *« le mécontentement de la maman était non seulement lié à la prise en charge de l'enfant mais aussi à une mauvaise communication entre la famille et l'équipe de soins... pourtant gage de qualité des soins ».*

*Il y a aussi de nombreux cas dans lesquels le patient n'est pas informé de l'erreur dont il a fait l'objet ou alors des cas dans lesquels le patient ne comprend pas bien son dossier et donc l'erreur comme par exemple de la trace 10 où le patient et la famille n'ont pas posé de questions : « La patiente n'a eu aucune séquelle de cet épisode , et elle et sa famille, qui ne comprenaient déjà pas très bien la pathologie, ne m'ont demandé aucune explication »*

### **Chez le soignant**

Les erreurs médicales ont toujours comme conséquence un **stress** généré chez l'équipe soignante ou au moins une partie de celle-ci. L'erreur est associée à un manque de sérénité dans sa prise en charge, et à une notion de retard de soins adaptés, retard de diagnostic, retard de prise en charge.

L'erreur génère également de la **culpabilité** chez son auteur. Parmi les nombreuses phrases qui témoignent de cette culpabilité, on peut par exemple citer l'auteur de la trace 17 qui avait par erreur administré un psychotrope par voie intraveineuse : *« Mes pensées se focalisent sur l'erreur que je venais de commettre. Comment ai-je pu faire preuve d'une telle inattention ? Comment ai-je pu faire autant confiance au logiciel de prescription sans remettre en cause ce qu'il me proposait ? Certes, je suis fatiguée, mais ce n'est pas une*

*raison pour justifier mon erreur (...) moi seule ai prescrit et signé donc je ne peux en vouloir qu'à moi-même!! »*

Les relations inter-professionnelles de la santé peuvent être altérées par l'erreur, avec une notion de **perte de confiance**. L'interne auteur de la trace 10 a évoqué une perte de confiance objective de son sénior qui s'est mis à re-contrôler les résultats des examens biologiques derrière lui. Par ailleurs, sur le plan subjectif, les internes rapportent des craintes liées aux regards des autres après une erreur. En particulier, 9 internes rapportent des sentiments allant de la gêne vis-à-vis d'un confrère à la honte, la confusion et le sentiment d'être ridicule. Ainsi, dans la trace 21 par exemple, paradoxalement, alors qu'elle n'était pas la principale responsable de l'erreur, l'auteur de la trace explique qu'elle était rongée par la honte. De même, l'auteur de la trace 23 explique qu'elle s'est « vraiment sentie ridicule » en lisant le compte rendu d'hospitalisation d'une patiente qu'elle avait fait hospitaliser pour bilan de constipation et en y découvrant que sa patiente souffrait en fait d'une simple hypothyroïdie qu'elle n'avait pas recherchée.

### ***Au sein du système de santé***

L'erreur médicale génère également des **coûts supplémentaires** : examens inadaptés, examens inappropriés, multiplication des consultations, traitements inutiles.

Elle contribue entre autre à la **saturation des services d'urgences**.

### ***Des conséquences parfois évitées***

Un certain nombre d'erreur est évité grâce au **rattrapage d'un supérieur hiérarchique**, d'un membre du personnel soignant, ou encore grâce à un interne (qui évite l'erreur d'un sénior). Dans un cas raconté, c'est **l'infirmière expérimentée** qui a fait barrière à l'erreur en n'administrant pas le traitement aux doses prescrites par l'interne.

## **D. Solutions et implications**

### **1. Les solutions adoptées et les évolutions** (tableau 1.3 p.75)

#### ***Correction de la prise en charge à temps rendue possible par un faisceau d'éléments***

Souvent, c'est la documentation immédiate par l'interne qui prenait en charge un patient qui lui a permis d'éviter ou de corriger l'erreur. Les nouvelles technologies sont d'un apport précieux dans notre recherche d'anticipation des erreurs.

Une des stratégies adaptées est la multiplication des examens complémentaires même si celle-ci a un coût, elle reste un des moyens d'éliminer des diagnostics différentiels et d'apprécier l'évolution de nos patient.

Bien sûr, la demande d'aide est une voie majeure pour éviter une erreur. Un deuxième regard sur le cas sauve souvent. L'intervention d'un para-médical expérimenté fait aussi obstacle à l'erreur.

Un des internes a eu recours au chantage face à un supérieur hiérarchique qui refusait d'explorer la piste qu'il défendait. Ce chantage a sauvé la vie d'un patient.

#### ***Une attitude le plus souvent bienveillante des supérieurs hiérarchiques***

En général l'attitude des supérieurs hiérarchiques était bienveillante et pédagogique. Ils ont aidé les internes sans émettre de jugement et les ont rassurés quant au caractère normal de leurs erreurs. De nombreuses traces illustrent bien ce résultat. Dans la trace 14 par exemple, l'interne auteur de la trace avait utilisé une voie d'administration inappropriée lors d'une désensibilisation. Elle explique avoir gardé cette erreur pour elle pendant un bon moment, et lorsqu'elle a finalement réussi à en parler à son praticien de niveau 1, ce dernier a eu une réaction absolument bienveillante: « *Mon praticien a une réaction très*

*sympathique. Il m'explique que ce genre d'erreur arrive. Qu'il s'est déjà trompé et parfois avec des conséquences bien plus importantes. Il me dit qu'il ne m'en veut pas et que j'ai bien fait de lui en parler, car il ne faut pas garder de sentiment de culpabilité » .*

A l'inverse, un supérieur a menti de façon effrontée en mettant toute la responsabilité sur les internes alors que l'interne avait évoqué le bon diagnostic que le supérieur avait rejeté (trace 21). Un autre sénior spécialiste n'a pas su remercier l'interne qui lui avait tenu tête à juste titre à propos du bon diagnostic de dissection aortique (trace 2). Mais ces cas restent isolés et dans l'ensemble on peut dire que les supérieurs hiérarchiques sont d'une grande aide pour les internes par leurs expériences et leurs écoutes attentives.

### ***La sortie du traumatisme par le partage et l'expérience d'autrui***

La verbalisation est une arme majeure pour s'en sortir. Surtout avec un praticien expert sur l'erreur. Il ressort de l'analyse des traces que la rédaction des traces elle-même fait beaucoup de bien aux internes.

Cette sortie du traumatisme par la parole est encore plus efficace en groupe : beaucoup d'internes ont évoqué leur participation à des groupes de travail sur l'erreur.

Le même principe se retrouve dans les réunions collégiales au sein des services pour débriefer sur l'erreur.

Dans la trace 3, l'interne raconte comment le partage sous plusieurs formes lui a permis de s'en sortir: *«Le fait d'écrire cette histoire puis d'en parler avec d'autres internes en groupe d'ED avec le Dr FREUD dans une réunion ayant pour but la constitution d'un RSCA sur le thème « Situations médicales à évolution non satisfaisantes » a été douloureux mais m'a apporté quelque chose.*

*Cela m'a permis de sortir de la culpabilité qui était restée mienne d'avoir continué à exercer, d'avoir continué à examiner, prendre en charge, soigner, tout en sachant que*

*j'avais une part de responsabilité importante dans un drame qui a coûté la vie à un être humain»*

### **Des erreurs le plus souvent assumées**

Les internes font en général face à leurs erreurs et les assument. Ils adoptent un discours honnête qui leur permet un rattrapage face à l'erreur commise pour désamorcer la situation créée par l'erreur : *« Donc oui j'ai fait une erreur en ne vérifiant pas les résultats biologiques de Mr B avant son transfert. Si je l'avais fait, je n'aurais eu qu'à téléphoner au réanimateur pour le transférer! »* (trace 12).

Il arrive cependant que l'erreur soit cachée et refoulée pendant un certain temps. Probablement par dépit et parce que son auteur n'a pas su trouver d'autre solution.

Dans la trace 14, l'interne explique les raisons qui l'ont poussé à cacher momentanément son erreur : *« J'ai honte, c'est pour ça que je n'en parle pas. Et puis j'ai peur, et si jamais il y avait des conséquences pour Georges ? De toute façon maintenant c'est trop tard. Je mets ça au placard et n'en parlons plus »*

### **Des issues parfois tragiques**

Certaines erreurs débouchent sur des conséquences graves avec décès de patients ou séquelles importantes. C'est surtout dans ce type d'erreur que les patients portent plaintes. On pense notamment à la trace 27 dans laquelle chez un enfant de 2 ans présentant une constipation chronique, le diagnostic retenu avait été celui de constipation secondaire à un trouble de la relation mère-enfant. Il n'y avait pas eu d'imagerie prescrite et l'enfant souffrait en fait d'un rhabdomyosarcome de la vessie. Les parents avaient porté plainte.

## **2. Les implications psychologiques et les enseignements** (tableau 1.3)

### ***Ces expériences partagées donnent une définition à l'erreur médicale***

L'erreur est souvent l'absence de mise en place de tous les moyens pour le patient, il y a erreur lorsque le patient n'a pas eu toutes ses chances : En pratique, il s'agit souvent d'examens cliniques incomplets, d'examens complémentaires indiqués non réalisés comme dans la trace 27 citée plus haut.

De façon régulière également, l'erreur est un manque de coordination entre les soignants (cas de la trace 12 par exemple dans laquelle 2 internes prennent en charge un même patient et aucune d'elles ne regarde la biologie de ce patient, chacune comptant sur l'autre). Il lui arrive aussi d'être un acte ou une administration délétère comme dans le cas 30 (ECOS) dans lequel de l'Augmentin a été administré à une patiente présentant une allergie à la Pénicilline.

### ***Il est encore honteux de se tromper***

La crainte de l'image donnée est un frein majeur à la bonne prise en charge de l'erreur. Plusieurs auteurs évoquent dans leurs traces la honte face aux regards des collègues, allant jusqu'à l'appréhension de se balader dans les couloirs de l'établissement, la peur de perdre la confiance de leurs pairs. 9 internes en particulier ont fait part de sentiments de honte, de confusion, de gêne, de ridicule face aux regards de leurs confrères. Dans la trace 24 par exemple, l'interne parle d'un sentiment de honte, alors qu'il avait pris pour une ascite ce qui était en fait une rupture de tumeur.

Et comme l'erreur est honteuse, bien que fréquente elle est souvent cachée ce qui entretient son caractère honteux et constitue un véritable cercle vicieux. Dans la trace 12, l'interne qui avait organisé le transfert d'un patient dans un autre hôpital sans avoir vu que

le patient était en insuffisance rénale aiguë sur ses résultats de biologie, exprime son sentiment de honte à l'idée de parler de son erreur à ses amis. Elle déplore aussi que ses amis ne lui parlent jamais de leurs erreurs, et que personne ne veuille montrer le moindre signe de faiblesse de peur d'être déconsidéré. Certaines phrases des récits résument en quelques mots la difficulté du vécu du soignant, la honte que l'erreur génère. La trace 21 en particulier montre comment l'auteur d'une erreur peut projeter ce vécu sur un confrère, et prêter peut-être à tort à ce confrère un regard malveillant à son égard : « *L'anecdote fait rapidement le tour de tout le personnel des urgences, du service de réanimation et de celui de cardiologie. On a l'impression que tout le monde nous regarde d'un mauvais œil dans les couloirs* ».

***Au point que l'auteur de l'erreur est véritablement en danger psychique et physique face à son erreur***

Le médecin auteur d'une erreur s'en trouve donc menacé. Il l'est par sa victime comme par son entourage professionnel ce qui fait de lui cette fameuse seconde victime de l'erreur. Elle est vécue comme **paralysante, dégradante, humiliante**. Ont été évoqués la crainte, l'angoisse et le manque d'envie de se rendre au travail après une erreur. Elle provoque une **perte de l'estime de soi**, et la potentielle judiciarisation de l'erreur par le patient qui menace de porter plainte accentue ce vécu. Certains des auteurs qui se sont livrés dans leurs traces d'apprentissage ont déclaré **pleurer** longtemps encore après un événement indésirable liés aux soins. Certains ont cherché à en savoir plus et encore plus sur tous les détails liés à l'évènement. D'autres ont essayé de fuir en rangeant dans un coin de leur tête le malheureux incident. Mais aucun n'a agi par manque de respect envers le patient lésé, il s'agissait juste d'une réaction de défense face à un réel danger psychique et physique pour l'auteur de l'erreur.

### ***Nous manquons de formation***

Si les erreurs sont vécues de façon si traumatisante, c'est bien parce que nous ne sommes ni prévenus ni formés la concernant. Beaucoup d'internes ont fait part de ce sentiment de se sentir dénudés face à l'erreur, ils expliquent ne pas savoir comment l'aborder, et c'est un véritable frein à sa bonne prise en charge. Dans la trace 9 par exemple, l'interne qui a pris pour une douleur pariétale ce qui était en fait une pneumopathie explique qu'il se trouve bien embêté et désolé par la situation, mais qu'il ne parvient pas à instaurer une communication avec sa patiente. **Le cours sur l'erreur médicale dispensé à PARIS VII est évoqué plusieurs fois, toujours de façon très favorable, mais les internes manifestent le besoin d'une formation plus précoce.** On sent bien qu'ils aimeraient voir ce type de cours se répéter au cours de leur cursus : *« Ainsi, ce séminaire "Erreur médicale : analyse, impact, gestion" est une occasion de discuter de ses erreurs avec d'autres internes, que l'on connaît ou non. Ainsi, on se rend compte que les autres aussi font des erreurs évitables. Ce séminaire a plu à tout le groupe, surtout aux femmes. »* (trace 12). Il apparaît donc que les internes ont dû attendre ce cours pour obtenir des éléments qui leur ont permis de dépasser l'erreur. Ces éléments auraient été les bienvenus plus tôt dans leur formation : *« Même après la fin du stage, cet événement m'a beaucoup hanté mais je n'avais jamais osé en parler à personne. Il m'a fallu attendre le cours sur l'erreur médicale du Département de Médecine Générale pour me rendre compte qu'il est arrivé à tous les internes de la salle de commettre des erreurs importantes pour lesquels notre responsabilité peut être engagée. Cela me rassure de savoir que je ne suis pas un cas isolé. »* (trace 21).

### ***La parole est salvatrice, partager libère***

**Le dialogue a réussi à désamorcer beaucoup de tensions, tant entre le patient et le**

soignant, qu'entre le soignant et ses pairs, comme entre le soignant et lui-même.

Vis-à-vis du patient, lui avouer l'erreur est un gage d'honnêteté et de sincérité. Cet aveu rompt l'animosité et le médecin qui s'avoue humain peut alors être jugé comme tel. Le médecin peut ainsi obtenir de la même façon un jugement favorable de la part des paramédicaux qu'il pourrait impliquer dans une potentielle erreur. Dans le trace 16, l'interne évoque ce jugement favorable venant de la part des infirmières : « *Nous sommes toutes des internes en premier semestre d'internat donc l'équipe paramédicale est plutôt indulgente vis-à-vis de nous, ainsi donc les infirmières de l'UHCD m'ont juste dit de faire plus attention à mes prescriptions pour que je ne renouvelle pas mon erreur* ».

Entre confrères, d'une part trouver une oreille bienveillante est d'un secours certain, les internes parlent de se libérer d'un poids. Partager fait d'autre part prendre conscience que les erreurs sont fréquentes et qu'en tant qu'auteur d'une erreur nous ne sommes pas seuls dans ce cas. Cette prise de conscience est nécessaire pour dépasser l'erreur.

### ***Se voir différemment pour accepter l'éventualité de se tromper***

Au lieu de se voir comme infaillible, le processus par lequel les internes cheminent le long de leurs traces les amène à prendre conscience du caractère répandu de l'erreur, ce qui les aide à les accepter tout en cherchant à les éviter. C'est cette vision du soignant plus empreinte de sagesse qui réconcilie le praticien avec l'éventualité ou la réalité de l'erreur.

Faire preuve d'humilité, rester sur nos gardes, accepter les limites de notre profession, sont des moyens de dépasser l'erreur.

## **E. Questions et enseignements**

### **1. Les questionnements** (tableau 1.4 p.81)

Les internes auteurs de traces se demandent quels moyens ils avaient en main pour ne

pas faire l'erreur mais ils se demandent également s'ils étaient en position d'avoir l'esprit critique nécessaire pour éviter l'erreur. Ils font part de nombreuses interrogations et réponses en détail sur le thème médical qui leur a fait défaut mais ils s'interrogent également sur la fréquence des erreurs, leur nature, leur gestion. Face à l'erreur les internes veulent regarder autour d'eux, prendre conscience du fait que d'autres praticiens se sont retrouvés dans leur situation et savoir comment ils ont géré cette situation.

Parmi les très nombreux questionnements récurrents dans les traces étudiées, les suivants sont particulièrement intéressants:

***Comment l'erreur devient-elle enrichissante? Comment apprendre de son erreur? Et ainsi la dépasser? Quelles leçons tirer des presque-événements ?***

Les internes passent dans leur cheminement intellectuel par la question de savoir comment dépasser l'erreur. Ils cherchent les moyens de la dépasser et craignent de sombrer dans le traumatisme qui est associé à l'erreur. Tout d'abord la rédaction même d'une trace d'apprentissage sur le thème de l'erreur est un travail qui permet de la dépasser et de la convertir en expérience didactique. Par le fait même qu'ils rédigent de telles traces, les internes sont dans une dynamique positive de recherche d'apprentissage. Par exemple dans la trace 3, l'interne mène une analyse de son erreur par la méthode des barrières, puis par la méthode de l'arbre des causes. Dans la trace 10, l'interne explique comment elle a su grâce à son erreur adapter une conduite systématique dans sa pratique en médecine de ville : « *Dans ma pratique en médecine de ville, cette expérience m'a beaucoup aidée à m'organiser pendant mes consultations. Je reste très attentive et réceptive aux divers examens complémentaires, notamment biologiques, que les patients nous rapportent ou que nous recevons par courrier.* ». Certains internes ont proposé de

mettre en place des solutions pratiques pour prévenir la récurrence des erreurs commises. Dans la trace 11, l'interne avait su remarquer une anomalie radiologique alors que le compte-rendu du radiologue déclarait l'imagerie normale. Cependant, l'interne n'avait pas fait le bon diagnostic radiologique, il concluait en termes de propositions pour prévenir la récurrence d'une telle erreur de sa part : « Que faire pour prévenir secondairement ce genre d'erreur médicale ? Idéalement avoir toutes les radiographies (standards ± autres) disponibles sous forme numérisée directement dans l'ordinateur du généraliste, à l'instar des services d'urgences (pour pouvoir comparer, zoomer et stocker à volonté) »

Un interne a également posé la question des leçons à tirer des presque-événements (trace 15). Il a cherché à leur donner la même valeur didactique qu'une erreur commise.

***Quels sont les éléments qui ont conduit à l'erreur et quelle est la part de la soumission au supérieur hiérarchique ?***

Tous les internes se sont demandé pourquoi l'erreur avait-elle été commise. Ils examinent différentes pistes tant de l'ordre d'un manquement dans l'organisation que d'une non mise en pratique des bons moyens médicaux. Plusieurs se sont demandé dans quelle mesure leurs soumissions aux supérieurs hiérarchiques ou aux spécialistes ont-elles altéré leurs capacités de jugement.

***Quels outils mettre en place pour éviter l'erreur ?***

Cette question arrive au moment où les internes cherchent à s'enrichir de leurs erreurs. Plusieurs solutions ont été évoquées par les auteurs des traces : Une méthode très simple qui revient souvent est celle de la mise en place d'un automatisme. Cette méthode peut être remise en question du point de vue des recommandations mais elle est révélatrice du traumatisme que représente l'erreur : Dans la trace 9 par exemple, l'interne qui était passé

à côté du bon diagnostic de pneumopathie explique qu'il a décidé de prescrire systématiquement une radiographie de thorax devant toute douleur thoracique. Dans la trace 11, l'interne qui a remis en question à juste titre l'interprétation d'une radiographie de hanche jugée normale par le radiologue propose une solution technique pour avoir accès aux clichés sous format numérisé directement sur le poste informatique du généraliste.

### ***Comment annoncer l'erreur au patient?***

La question de l'annonce d'une erreur au patient est particulièrement difficile. Cacher une erreur est une faute médicale en soi et également une infraction à l'égard de la loi. L'annonce de l'erreur est un gage de sincérité et d'honnêteté vis-à-vis du patient et c'est son droit de savoir. Néanmoins cet exercice n'est pas simple et les internes rendent bien compte dans leurs traces de la tentation de ne rien dire, de la difficulté de savoir annoncer, et de la difficulté de savoir établir une communication après une erreur. Comme exemple, on peut citer la trace 9 dans laquelle l'interne n'avait pas réalisé de radiographie de thorax chez une femme présentant des douleurs thoraciques. La patiente était revenue aux urgences quelque jour plus tard, pour évolution défavorable d'une pneumopathie mise sous antibiotique par son médecin traitant. L'interne raconte que tout en faisant des allers-retours pour voir l'état de la patiente, il ne réussissait pas à lui adresser la parole. Par opposition, certains internes font le récit d'une annonce de l'erreur bien menée : « *Dès son retour dans la service, je m'entretiens avec la patiente pour lui expliquer le caractère exceptionnel de cette évolution, et le pronostic fonctionnel associé. Je veux également évaluer son état psychologique.* » (trace 8). On observe également dans les récits des réactions de la part des patients allant des plus compréhensives au plus radicales. La dernière trace évoquée est un exemple de réaction positive de la part du patient, la patiente n'avait à aucun moment accusé les soignants. Ces réactions sont sans doute

liées à l'annonce qui leur a été faite. C'est dans ce contexte que la Haute Autorité de Santé a édité en mars 2011 un Guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville concernant l'annonce d'un dommage lié aux soins. Il a pour but d'aider les praticiens à sauvegarder la relation de confiance qui les lie au patient malgré la survenue de l'erreur. L'enjeu est de ne pas opposer les souffrances du patient à celles du médecin qualifié de seconde victime. Les internes font part dans leur traces de l'état quelque peu dénudé dans lequel ils se sont trouvés face à l'erreur et à leur devoir d'en informer le patient. **Il n'y a cependant aucun cas dans lequel l'interne a caché sa faute jusqu'au bout.**

### ***Quelles sont les responsabilités engagées?***

Certains internes se posent la question de la judiciarisation de l'erreur. Lorsque c'est le cas, ils se demandent jusqu'où peuvent aller les conséquences judiciaires de leur manquement.

Cependant, la question de la judiciarisation est relativement peu abordée par les internes lorsqu'on la compare à celle du vécu avec honte et culpabilité. **Seuls 7 internes ont donné une place relative à cette question lorsqu'ils se sont livrés.**

Même si l'idée leur passe parfois par la tête, aucun interne n'a cherché à se défilier face à ses responsabilités ou à se cacher derrière un confrère.

### ***Comment se positionner face aux erreurs des confrères ?***

Mais dans certains cas, l'erreur pose véritablement la question des limites qu'on doit fixer à la confiance accordée à un confrère. Parfois l'erreur a véritablement été en partie occasionnée par un confrère qui a induit en erreur par une mauvaise transmission par exemple. Suite à ce genre d'évènement indésirable, les internes se demandent s'ils

doivent aller jusqu'à tout vérifier d'eux même.

### ***Quels liens entre re-consultation et erreur?***

Un interne s'est posé la question du lien entre les erreurs médicales et les re-consultations notamment sur le terrain des urgences. Il cherchait à savoir dans quelle mesure les diagnostics erronés et les erreurs de prise en charge étaient responsables d'une deuxième consultation aux urgences pour le même motif. Il concluait que dans 19% des cas, les patients qui consultaient une deuxième fois aux urgences pour même motif le faisaient parce que la prise en charge initiale n'avait pas été optimale. On pourrait ici évoquer la démarche dans l'autre sens : dans quelle mesure une nouvelle consultation pour un même motif est-elle ou pas un indice d'une erreur lors de la première consultation ? Il semble en effet au regard de ce résultat que face à une nouvelle consultation pour un même motif il soit nécessaire d'être particulièrement sur nos gardes et de prendre en compte le risque réel qu'une erreur ait été commise lors de la première consultation.

### ***Nous rendons-nous bien compte de nos erreurs médicales?***

Cette question est intéressante puisqu'elle est directement liée à la tentation naturelle mais néfaste pour les différents partis de cacher les erreurs. Et pourtant après en avoir commis une il est réconfortant de prendre conscience que l'on n'est pas seul dans cette situation. C'est probablement ce que les internes qui ont posé cette question ont recherché. Par ailleurs pour bien les corriger et chercher à les anticiper, il faut avant tout avoir conscience de nos erreurs.

### ***Les internes sont-ils bien préparés à la gestion d'une erreur? à la gestion des***

***émotions qui lui sont liées? Quels sont les soutiens extérieurs possibles en cas d'erreur?***

La question de la formation sur l'erreur est récurrente. L'erreur fait prendre conscience de nos lacunes dans ce domaine. Le cours donné à Paris 7 sur l'erreur médicale a souvent été évoqué de façon très favorable mais les internes laissent sous-entendre que ce sujet aurait dû être traité plus tôt dans leur cursus, et que cela leur aurait permis d'aborder différemment leurs erreurs.

***Enfin, de façon très importante, les internes se posent des questions sur les sujets de médecine théorique qui leur ont fait défaut***

S'informer, apprendre, réviser les items médicaux qui ont fait l'objet d'erreurs apparaît à la lecture de toutes les traces comme un passage incontournable dans la démarche des internes qui livrent leurs erreurs. Tous les internes qui avaient été impliqués dans une erreur médicale en rapport avec une lacune dans un sujet de médecine fondamentale ont mené une recherche à propos de ce sujet.

**2. Problématiques évoquées** (tableau 1.4)

***Erreur, vécu, gestion, enrichissement***

Ces problématiques sont récurrentes. Tous les internes ont évoqué les difficultés à gérer, les émotions liées à l'erreur plus ou moins intenses et le besoin de convertir l'erreur en enrichissement.

***Erreur et responsabilités***

Plusieurs internes ont évoqué le souci des responsabilités engagées lors d'un événement indésirable lié aux soins. Le souci des poursuites judiciaires par les familles lésées est bel

et bien présent dans une partie des réflexions même s'il n'est pas l'objet des focalisations principales.

Par exemple dans la trace 17, l'interne a mené une véritable recherche documentaire sur les responsabilités en cas de faute, notamment celles de l'interne. Dans la trace 27 également, l'interne définissait la notion de faute et expliquait dans quels cas la responsabilité professionnelle était engagée.

### ***Supérieur hiérarchique et confrontations, partage des erreurs et rapports entre confrères***

Les rapports entre confrères sont évoqués sous plusieurs aspects au fil des différentes traces.

Tous d'abord les confrères en position hiérarchique forte sont évoqués comme **sources potentielles d'erreurs**. Tant lorsque l'interne en charge d'un patient perd ses capacités de raisonnement devant l'avis d'un supérieur, que lorsqu'il y a confrontation entre un interne et un supérieur et que l'interne ayant raison fini par céder face aux directives du supérieur. Et cela est pire lorsque l'interne ne laisse pas de trace de cette confrontation dans le dossier. Un interne a tenu tête à un supérieur hiérarchique spécialiste et a ainsi sauvé la vie du patient. Il a évoqué le manque de reconnaissance et l'absence d'échange qui ont suivi.

Les rapports entre confrères sont aussi évoqué lors des erreurs partagées. Mauvaises transmissions, non vérification de la prise en charge faite par un médecin dont on assure la relève, erreur d'un confrère que l'on doit assumer devant d'autres, tous ces événements indésirables sont **sources de potentiels conflits si chacun ne décide pas de se concentrer sur ses parts de responsabilité et de se tourner vers l'apprentissage qu'il peut faire de son implication dans l'évènement indésirable lié aux soins**.

## ***Les facteurs de risque d'erreurs:***

### *Praticien débutant*

Beaucoup d'internes expliquent leurs erreurs par le fait qu'ils rencontraient pour la première fois le cas médical sur lequel ils ont fait l'erreur. Plusieurs erreurs étaient des erreurs commises en **premier semestre**.

### *Charge de travail inadaptée*

Les erreurs médicales sont clairement décrites comme liées à une charge de travail non adaptée. **Les erreurs surviennent plus lorsque le travail se fait sous pression et que la charge est lourde**. Le terrain des urgences est particulièrement propice à la survenue d'erreurs médicales. Les internes évoquent les difficultés qu'ils ont à être complets dans leurs examens cliniques, à avoir la tête froide et claire pour réfléchir, à réévaluer leurs patients, lorsqu'il y a surcharge de travail.

### *Préjugés du soignant*

Ils sont clairement identifiés comme un facteur de risque de commettre une erreur. Les internes évoquent les diagnostics trop facilement et rapidement posés, des préjugés liés aux **impressions cliniques de caractère bénin des pathologies liées aux plaintes des patients**. Par ailleurs, les internes identifient également les préjugés liés aux catégories et situations sociales des patients comme facteur de risque d'erreur.

### *Situations sociales difficiles et délicates*

La problématique de la prise en charge du patient dans sa globalité et dans son contexte social est évoquée comme liée au risque de faire des erreurs. Les internes mentionnent les manquements liés à la non prise en considération des contextes, des attentes des

familles, des projets de soins. Les patients isolés et sans domicile fixe sont très difficiles à soigner et peuvent très rapidement faire l'objet d'erreurs.

### ***Erreur et information du patient***

La problématique de l'information au patient après une erreur est centrale. Les internes évoquent la difficulté du dialogue après une erreur, les tentations de passer outre le devoir d'informer, les réactions tant compréhensives que virulentes des patients lésés ou de leurs familles.

### ***Perceptions de nos erreurs***

La question de la perception de nos erreurs est importante puisqu'elle est liée à la conscience qu'on en a, aux efforts que fait le corps médical pour les recenser, gérer leurs impacts et les anticiper.

### ***Comment discuter de nos erreurs ?***

La problématique de savoir comment nous devons et comment nous pouvons parler de nos erreurs est bien présente au sein des différents récits : En effet discuter de nos erreurs entre pairs est une étape incontournable du travail de bonne gestion de l'erreur qui nous incombe. Plusieurs méthodes sont décrites, plusieurs lieux de discussion sont évoqués : Dans la trace 19 par exemple, le cas d'une patiente âgée dont la prise en charge avait manqué d'organisation et au cours de laquelle des erreurs de prescription avaient été faites avait été exposé en Réunion de Morbi-Mortalité. Cette réunion avait pu déboucher sur des mesures concrètes pour que de telles erreurs ne se reproduisent pas dans le service. Les cours sur le thème de l'erreur donnés à la faculté sont souvent décrits comme un lieu propice à une discussion positive sur nos erreurs. Parfois aussi, comme

dans la trace 14, la discussion se fait avec un supérieur hiérarchique bienveillant tout simplement lorsque l'ambiance d'un moment le permet, lorsque l'interne sent que c'est le moment d'en parler, il s'agit alors de saisir une bonne occasion.

### ***Le travail d'équipe***

L'erreur survient dans un contexte de travail d'équipe médicale, ce qui a plusieurs implications :

- l'erreur est souvent le fait de plusieurs intervenants, elle peut résulter du fait que l'un ait compté sur l'autre (par exemple dans la trace 12 un patient a été transféré dans un service de médecine alors qu'il souffrait d'une insuffisance rénale aiguë, deux internes sont intervenues dans la prise en charge du patient et aucune d'elles n'a vérifié ses résultats biologiques). L'erreur pose ainsi la question de l'organisation d'une équipe et de la définition des rôles avec des frontières très difficiles à déterminer parfois.
- de ce fait elle peut mettre en péril les relations entre praticiens au sein d'une équipe ou entre les équipes
- elle peut au contraire être vécue comme un moyen d'améliorer les performances de l'équipe avec des leçons à titrer pour chacun (cf. ci-dessus la trace 19).

### ***Erreur et modification des pratiques qui lui font suite, références opposables***

Quasiment tous les internes ont fait des recherches sur les sujets de médecine qui leur ont fait défaut. Ce passage semble incontournable pour s'enrichir de son erreur et la dépasser.

### ***Erreur et barrières à l'erreur***

Plusieurs internes évoquent cette notion et voici les barrières qui sont le plus souvent

évoquées :

- l'expérience du corps infirmier qui au moment d'administrer un produit se rend compte de la mauvaise dose ou voie d'administration
- l'accès facilité par internet aux références pour pouvoir vérifier en cas de doute
- le fait de tenir tête, d'aller au bout de son idée, de prescrire des explorations si l'on en ressent le besoin, quitte à s'opposer à un supérieur hiérarchique et à devoir faire du chantage
- la réévaluation des patients.

## **F. Eléments narratifs : mots et phrases clés** (tableau 1.5 p.85)

### ***Les internes définissent les contextes avec précision***

Dans les rédactions de traces d'apprentissage sur le thème de l'erreur médicale, les internes font le plus souvent le choix de situer avec précision le contexte de l'erreur commise. Ainsi, les détails des éléments médicaux sont donnés avec précision. La trace 20 est un bon exemple de récit précis dans lequel l'interne a rapporté le lieu, l'âge du patient, son sexe, le motif de consultation, l'examen clinique complet, la biologie, le compte rendu de radiographie pulmonaire et les antécédents. Les différentes étapes de l'examen clinique sont décrites et l'interne situe le moment où il se rend compte qu'il n'a pas examiné les aires ganglionnaires du patient qui présente pourtant une fièvre vespérale depuis 3 semaines. Il semble que les internes cherchent avec ce type de description complète à nous faire partager l'expérience de la façon la plus authentique possible pour que l'on puisse ainsi comprendre l'erreur et s'en enrichir au même titre qu'ils cherchent à le faire. Décrire le cheminement de l'erreur de façon authentique et précise semble aussi être pour les internes un moyen de faire comprendre au lecteur comment l'erreur a été possible, ce qui semble plus difficile avec des descriptions brèves.

### ***Des erreurs affrontées***

Aucun interne n'a semblé chercher à modifier la vérité, tous ont rapporté les événements de façon objective et honnête. Ils ont parfois émis quelques remarques incitant le lecteur à un jugement bienveillant comme par exemple dans la trace 28 : « *En tant qu'internes, particulièrement dans un service d'urgences, nous sommes extrêmement sollicités. La salle d'attente est pleine à craquer. Entre les enfants à suturer et les urgences vitales, nous ne savons plus où donner de la tête. C'est au détriment des patients déjà vus avec un diagnostic posé et un traitement adapté débuté qui ne sont pas toujours suffisamment surveillés avant de monter dans les étages.* ». Mais il s'agissait juste de situer l'évènement dans son contexte de façon adaptée et en aucun cas de chercher à se dédouaner de l'erreur. Les internes ne cherchent généralement pas à mettre la faute sur les autres et si parfois ils expliquent à juste titre que la faute était partagée, ils assument pleinement leur rôle. On peut citer comme exemple la trace 17 dans laquelle même si l'interne se dit que l'erreur a pu être évitée avec une infirmière plus expérimentée, elle assume pleinement son statut de prescripteur auteur de la prescription inadaptée.

### ***Des vécus livrés avec sincérité***

Les internes décrivent dans les récits les sentiments, les vécus, les idées passées par la tête, les réactions immédiates, les réflexions qui sont venues en second temps. Ces descriptions sont faites **avec authenticité et sans filtre**. Ils ne cherchent pas à cacher certaines des pensées qu'ils ont eues. Dans la trace 6, l'interne narratrice raconte qu'à son retour de vacances, elle avait assuré la suite de la prise en charge d'un patient qui avait été au début pris en charge par sa collègue. Cette dernière avait oublié à l'entrée du patient de prescrire un traitement de fond. Cet oubli avait eu comme conséquence une dégradation de l'état du patient. L'interne explique que son premier réflexe avait été de

blâmer sa co-interne qui avait accueilli le patient et qui avait oublié la prescription. L'interne narratrice qui avait simplement reconduit les prescriptions de façon automatique devait assumer cette erreur devant le neurologue passé donner un avis. Cependant, elle fait également part de la suite de sa réflexion qui l'a amenée à se concentrer sur sa part de responsabilité. Pour prendre un autre exemple, les internes retranscrivent avec transparence les tentations de cacher leurs erreurs et la difficulté de prendre la décision de parler ou pas. Dans la trace 14 l'hésitation est bien décrite : « *Mais maintenant que faire... Le dire à mon praticien ? J'ai honte. Et puis si ça ne prête pas à conséquence, pour quoi faire ? Et le patient ... je n'arrive pas à l'appeler, j'ai peur, et je me demande quoi dire. Finalement il n'y aura pas vraiment de conséquence, donc ?* ».

### **Des moments forts**

Les récits de situations cliniques sont généralement bien menés et dans la grande majorité les internes réussissent à **faire vivre au lecteur l'intensité émotionnelle** de certains moments vécus. Dans la trace 1 par exemple, on se croirait presque dans la chambre du patient lors de la visite du professeur qui découvre l'état de la jambe du patient qui souffre d'une fasciite nécrosante : « *c'est là que le Professeur nous demanda depuis combien de temps ça avait cet aspect (...) nous nous sommes alors agités pour que le patient soit transféré le plus vite possible* ».

### **L'explication : entre excuses et mortifications**

Des réactions variables sont observées chez les internes au moment venu de donner des explications. Certains adoptent un comportement **quasi-technique** comme dans la trace 29 dans laquelle à propos de l'oubli de prescription d'une anti-coagulation chez une patiente présentant une suspicion d'embolie pulmonaire l'interne dit: « *je sais que c'est*

*une faute. Mais l'ayant faite avec ma chef et le fait qu'il n'y a pas eu de préjudice pour la patiente, je ne m'étais pas du tout auto-flagellée, ni même vraiment remise en question* ». D'autres au contraire ont des réactions sévères envers eux-mêmes qui semblent même parfois disproportionnées, comme par exemple dans la trace 18 où pour une simple erreur de lecture d'un test diagnostique rapide, l'interne affirme s'en vouloir et avoir « *jeté le discrédit sur le cabinet* ».

### ***Des modes de narration différents***

Les internes emploient des modes de narration très différents, allant du récit détaché sur un ton sarcastique au récit sur un ton angoissé. La trace 13 est rédigée sur un ton particulièrement amusé et amusant : « *Action sans précipitation, je laisse ma patiente mijoter un peu, pendant que je me rends en cuisine, chez un chef, un maître de l'art et de la science. Là commence ce qu'on pourrait appeler, si le meilleur humour n'était pas destiné qu'aux autres, un calcul en double aveugle* ». Pour exemple, un ton angoissé est perceptible dans le récit de la trace 24 : « *A ces mots, je commence à stresser (et oui il me faut de peu...)* ».

### ***Des choix narratifs variables***

#### *Une coloration affective d'intensité variable*

Il est intéressant d'observer les façons différentes qu'ont les internes d'aborder l'erreur lorsqu'ils la racontent dans une trace : Certains rédigent avec de la distance et présentent les événements de façon objective sans beaucoup ponctuer les faits par la narration des sentiments qu'ils ont éprouvés. C'est le cas notamment dans la trace 27 où l'auteur ne fait pas part de ses sentiments alors qu'il fait pourtant le récit d'une expérience très négative où l'équipe médicale avait pris pour une constipation fonctionnelle ce qui était en fait un

rhabdomyosarcome de la vessie chez un enfant de moins de 4 ans. D'autres internes rapportent au contraire dans le détail tous les sentiments ressentis au cours d'expériences pas forcément dramatiques : Dans la trace 14, l'interne qui avait lors d'une désensibilisation chez un enfant fait une injection en intra-dermique au lieu de sous-cutanée parle de honte, de peur, de questionnements intenses, d'angoisse, alors que finalement l'évènement reste relativement bénin.

### Les réactions des patients sont parfois passées sous silence

Certains internes parlent finalement peu des réactions des patients et ne les placent pas au centre du problème de l'erreur médicale dans leur récit. C'est parfois l'image de soi, pour soi-même ou aux yeux des autres, ou simplement le sentiment de « mauvaise conscience » qui sont décrits de la façon la plus détaillée (et ces détails nous importent beaucoup) sans que l'on ait d'information sur le vécu des patients. On peut penser notamment à la trace 28 dans laquelle est raconté le cas d'une patiente souffrant d'une pyélonéphrite qui n'a pas été réévaluée durant 3 heures avant de monter en service de médecine alors qu'elle était passée en état de choc. Nous n'avons aucune information sur le vécu de la patiente, sur la pénibilité de l'attente dans cet état, nous ne savons pas si elle en a voulu au corps soignant, si elle s'est plainte, ni si le corps soignant s'est excusé.

## **G. Les traces d'apprentissage**

### **1. Des erreurs plutôt qu'une erreur**

Lorsque j'ai commencé ce travail, j'avais une vision simple des choses. Je pensais pouvoir caractériser pour chaque trace le type d'erreur : erreur diagnostique, erreur thérapeutique, confusion de dossier... En pratique je me suis rapidement rendu compte qu'il n'y avait pas une erreur de faite mais bien plusieurs erreurs pour chaque cas en général. Il m'a donc

fallu opter pour une désignation de l'erreur principale. Mais les erreurs sont tellement le fruit d'un faisceau de « sous-erreurs » que parfois le choix dans la désignation de l'erreur principale a été quelque peu difficile.

## **2. Disparité des traces**

Le travail que nous avons réalisé présente un caractère original et l'idée de travailler directement sur un matériau produit par les internes du département de médecine générale, sur un sujet qui nous concerne directement est enthousiasmante. La rédaction des traces d'apprentissage occupe une partie importante de notre formation théorique en troisième cycle de médecine générale et j'ai perçu comme un privilège le fait d'avoir accès au travail de mes co-internes. Le but de notre thèse était aussi de savoir comment les internes perçoivent les directives du département de médecine générale concernant la rédaction des traces d'apprentissage. Il ressort de nos observations que les traces sont très diverses dans la façon dont elles sont constituées, ce qui a pu représenter pour moi une certaine difficulté.

En effet, tout d'abord les traces d'apprentissage ne suivent pas forcément de plan commun. Tous les internes font un récit de situation clinique authentique, mais les analyses de l'histoire et les analyses théoriques sont parfois absentes et certains internes se contentent de raconter l'erreur et d'expliquer ce qu'ils auraient dû faire en s'excluant de l'analyse.

Par ailleurs, sans que cela fasse l'objet d'un jugement de notre part, il faut dire que les traces sont variables dans leurs qualités. Certaines traces sont construites, bien réparties entre récit, analyse et recherches, complètes et riches en informations. D'autres sont moins bien équilibrées avec des parties absentes. Certaines n'ont pas de bibliographie. Même si dans l'ensemble les traces sélectionnées étaient relativement de bonne qualité,

ces disparités ont rendu l'analyse systématique moins évidente

Le but principal de notre étude était de savoir comment les internes de médecine générale de Paris VII vivent leurs erreurs médicales. Il était donc primordial pour nous de trouver dans le matériau exploité que sont les traces d'apprentissage des informations sur le vécu des internes. Nous avons globalement été satisfaits sur ce point, vu que les traces étaient riches d'informations en ce sens. Néanmoins, encore une fois, les internes qui sont auteurs de traces sont très libres dans leurs choix de rédaction et livrer plus ou moins d'émotions relatives au vécu de l'erreur dépend de ce choix. D'où certaines traces plus pauvres sur ce point que d'autres.

### **3. Quelques traces difficiles à exploiter**

Notre schéma d'analyse pour les traces était systématique : émettre des commentaires généraux, analyser la structure de la trace, relever les éléments concernant le patient, la pathologie, les erreurs, les conséquences, les intervenants, les questionnements, les implications, les éléments pertinents, les mots ou phrases clés, les problématiques évoquées, les solutions adaptées et évolution. Ce schéma semblait efficace pour mener une analyse systématique. Néanmoins certaines traces se prêtaient moins par leur forme à ce schéma, notamment une trace qui ne racontait pas un cas clinique mais qui elle-même analysait plusieurs cas cliniques pour tirer des conclusions. Automatiquement dans un tel type de trace les informations sur chaque cas sont réduites, le vécu des internes est quasi-absent, et ce type de trace était difficile à intégrer dans nos calculs sur les types d'erreurs, la pathologie concernée: cela risquait de fausser notre analyse qui se voulait être sur 30 cas racontés.

Une trace était en fait la feuille de route d'un ECOS pratiqué au département de médecine générale de Paris VII assimilé à une trace. Ce document était très riche puisqu'il anticipait tous les types de réactions possibles de la part des internes et des patients. Mais en parallèle, vu que ce n'était pas sa vocation, nous n'avions pas d'information sur le vécu des internes. Et vu qu'il s'agissait d'un cas simulé, intégrer ses données à nos calculs aurait faussé les résultats.

## **H. Eléments de synthèse** (tableau 1.6 p.92)

### ***L'erreur est fréquente et elle guette le soignant***

Il ressort des différents récits que l'erreur peut survenir à chaque étape de la prise en charge d'un patient. Il faut particulièrement se méfier des cas de re-consultation, en effet, un patient qui re-consulte pour un même motif est l'objet d'une erreur potentielle (40% de risque).

### ***Erreur ou presque-événement***

Les presque-événements sont fréquents et leur valeur didactique est la même que celle des erreurs effectives.

### ***La coloration affective liée à un événement indésirable lié aux soins varie d'un interne à un autre***

Le vécu affectif de l'erreur est très différent d'un individu à un autre, d'une équipe médicale à une autre : les réactions vont d'une analyse plutôt neutre et systématique à la narration de moments difficiles avec pleurs, angoisse, stress et culpabilité. Plus l'erreur et ses conséquences effectives sont graves plus l'affect prend de la place et le vécu est traumatique.

Certains internes dans leurs rédactions de traces, font part de leurs vécus affectifs, d'autres pas du tout. Les cours sur l'erreur médicale sensibilisent les internes de façon très positive.

Les réactions des seniors en charge des internes sont très variables : de complètement pédagogique à complètement inadapté (désintérêt, mensonge, rejet de la faute).

Les internes restent en général impartiaux et honnêtes dans leur analyse des erreurs commises.

### ***Erreur et conséquences judiciaires pour les internes***

Relativement peu d'erreurs débouchent sur une plainte de la part des patients. Sur 30 récits d'erreurs, seul un cas a abouti sur une plainte de la part de la famille du patient (parents).

### ***Pression et caractère novice***

Un certain nombre d'erreurs aurait été facilement évitable et est lié à une prise en charge non systématique ou un manquement de la part du corps soignant.

Il existe un lien entre la survenue d'une erreur et la première rencontre d'un cas médical donné, et un lien entre la survenue d'une erreur et le fait que le praticien soit débutant (premier semestre).

Il existe un lien entre la survenue d'erreur et le terrain du service d'accueil des urgences, les erreurs sont liées à des conditions de travail sous pression.

### ***Les croyances du soignant***

Les préjugés du soignant le prédisposent à l'erreur. Qu'il s'agisse de préjugés concernant le caractère bénin de l'affection du patient qui consulte, de préjugés portant sur le patient

lui-même, sur son appartenance sociale, ou d'autres natures, ils faussent d'emblée la relation médecin-patient et mettent en péril le bon déroulement de l'exercice d'une consultation médicale. Ces préjugés sont apparus comme d'autant plus dangereux lorsqu'ils s'intégraient dans des prises en charge de patients dans des situations sociales délicates (sans domicile fixe...). Galam (12) souligne dans le même ordre d'idée que le médecin « *soigne aussi avec sa personnalité. et ses croyances dans un contexte et une histoire donnés.* »

### ***Erreur et hiérarchie***

L'absence de remise en cause de l'avis d'un supérieur hiérarchique est source d'erreur, et l'interne n'est pas toujours l'auteur de l'erreur.

De façon générale, plusieurs praticiens sont impliqués dans l'erreur et l'avis d'un spécialiste ne protège pas complètement du risque d'erreur et parfois au contraire empêche la remise en question nécessaire à la bonne prise en charge.

### ***Travailler sur l'erreur porte en général ses fruits***

Il ressort des traces que les internes arrivent en général à dépasser leurs erreurs s'ils ont su faire le travail nécessaire, notamment celui de se livrer. Certains proposent même des mesures concrètes pour prévenir une récurrence d'erreur.

Néanmoins, les erreurs sont beaucoup plus difficiles à dépasser lorsque l'issue est tragique (décès, séquelles graves), et certains internes lorsqu'ils concluent restent sur un traumatisme qui les marque jusqu'aujourd'hui. C'est notamment le cas lorsque les supérieurs hiérarchiques n'ont pas voulu faire le travail pédagogique nécessaire et ont voulu passer à autre chose sans s'étaler sur le dossier.

### ***Traumatisme et/ou source d'enrichissement***

Les erreurs sont le plus souvent vécues comme traumatisantes.

Malgré tout, dans les traces qui ont servi de support à notre étude, les internes concluent en termes d'apprentissage pour une pratique future. En effet, dans les 30 récits d'erreurs commises, les internes ont à chaque fois laissé apparaître l'erreur comme une source d'apprentissage.

Parmi les facteurs favorisant un vécu traumatique de l'erreur chez l'interne qui en est l'auteur, on retrouve souvent l'absence de débriefing, la mauvaise gestion de l'erreur, le manque d'honnêteté des auteurs de l'erreur, l'importance des dégâts pour le patient première victime de l'erreur.

***Le cours sur l'erreur médicale dispensé à la faculté PARIS VII apporte aux internes ayant été impliqués dans une erreur une aide considérable et les aide à y voir plus clair, il est aussi un moyen de prendre conscience de la signification de l'erreur vécue, et incite les internes à rédiger des traces sur le sujet.***

### ***Quelle place laissée au patient ?***

Les traces d'apprentissage sont très riches en termes de dévoilement du vécu émotionnel de l'interne impliqué dans une erreur. Cependant, concernant le vécu du patient lui-même, nous avons finalement relativement peu d'informations. Les patients ne sont pas systématiquement informés de l'erreur commise. Et même lorsque c'est le cas, le récit laisse au total peu de place au patient qui a subi l'erreur. Les informations concernant leurs réactions et l'évolution de leurs jugements à l'égard du corps soignant sont présentes mais en quantité restreinte. Certes, l'objectif principal de notre étude était d'analyser le vécu des internes face à une erreur commise mais le vécu de l'interne est aussi intéressant du point de vue du rapport que ce dernier a eu avec le patient, et il a semblé

que les internes avaient plus souvent livré des informations centrées sur eux-mêmes. Il est probable que ce manque soit lié à la difficulté qu'ont pu éprouver les internes à établir un dialogue avec les patients après une erreur.

### ***L'annonce d'une erreur***

L'annonce de l'erreur faisait dans notre étude l'objet d'une appréhension particulière chez les internes. Ils se sentaient démunis dans cet exercice et parfois partagés entre leur devoir éthique d'informer le patient et leurs craintes qui les incitaient à dissimuler : « *Je n'ai pas pu lui parler, ne sachant vraiment pas comment me comporter face à elle* ». Ce résultat va dans le même sens que la recommandation de la Haute autorité de santé de 2011 (3) qui qualifie les praticiens de parfois démunis et désemparés. La HAS justifie ainsi son travail d'élaboration de ce guide. Elle a considéré la communication comme fondamentale dans la relation médecin-patient et dans le maintien de celle-ci après une erreur. Par opposition le « mur du silence » accroît la colère et la détresse du patient et peut être pris comme une marque de mépris. Nos résultats montraient deux types de réactions de la part des patients. La première attitude était compréhensive face à un discours de sincérité : « *Dès son retour dans le service, je m'entretiens avec la patiente pour lui expliquer le caractère exceptionnel de cette évolution, et le pronostic fonctionnel associé. Je veux également évaluer son état psychologique. Elle comprend très bien la situation, a refusé l'intervention de façon délibérée ("à 83 ans, ce n'est pas raisonnable cette opération"). Je la trouve étonnamment sereine; apparemment assez croyante, elle prend les choses avec beaucoup de fatalisme : "c'est ainsi que les choses devaient se passer". A aucun moment elle ne remet en cause notre prise en charge médicale.* ». La deuxième attitude était composée de réactions virulentes lorsque les patients estimaient avoir été mal traités : « *le mécontentement de la maman était non seulement lié à la prise*

*en charge de l'enfant mais aussi à une mauvaise communication entre la famille et l'équipe de soins... pourtant gage de qualité des soins !!!* ». Néanmoins, dans de nombreux cas nous n'avions pas d'information sur les réactions des patients soit parce que le patient était décédé et sa famille ne s'était pas manifestée, soit parce que dans une réaction de défense l'interne était passé à autre chose sans faire un travail de communication avec le patient, ou encore parce que les internes n'avaient parfois pas évoqué les réactions des patients et des familles. Notre étude a identifié des freins à l'annonce des erreurs aux patients : il s'agit surtout de la crainte de la réaction des patients, la crainte des conséquences de ses propres erreurs, l'incapacité à faire face d'un point de vue émotionnel à ses erreurs. Pour la HAS (3), cette difficulté repose en premier lieu sur la complexité d'une communication dans laquelle le praticien doit faire face à deux souffrances, la sienne et celle du patient. Elle identifiait également la crainte de la judiciarisation comme frein à l'annonce de l'erreur, ainsi que les freins institutionnels (peur de l'image de l'établissement donnée par l'erreur).

Elle traite du cas des étudiants et des internes en expliquant que s'ils peuvent et doivent être présents et s'exprimer lors des annonces, la responsabilité de l'annonce doit être portée par un sénior. Cet aspect n'a pas été particulièrement observé dans notre étude.

### ***Un dévoilement maîtrisé***

Il ne ressort pas des récits étudiés une totale transparence des médecins avec les patients victimes d'une erreur. Nombreux sont les récits dans lesquels il n'est pas fait mention d'une information donnée au patient sur l'erreur et même lorsqu'un dialogue entre soignant et patient est rapporté, il est rare que le fait qu'il s'agisse d'une erreur médicale soit clairement énoncé en tout cas dans les récits. On peut citer l'exemple de la trace 10 dans laquelle une patiente a présenté un trouble de la vigilance suivi d'un état de mal

épileptique, dont la cause s'est avérée être une hyponatrémie datant d'une semaine. Les résultats n'avaient pas été bien lus par l'interne. L'issue pour la patiente était finalement sans séquelles. On peut bien évidemment comprendre la difficulté dans un tel cas pour l'interne d'aller donner des explications complètement transparentes à la patiente et il n'est en aucun cas ici question d'émettre un jugement. Mais il est intéressant de noter que pour toute information sur les rapports avec la patiente, l'interne dira à propos de cette dernière et de sa famille : « *La patiente n'a eu aucune séquelle de cet épisode , et elle et sa famille, qui ne comprenaient déjà pas très bien la pathologie, ne m'ont demandé aucune explication* ».

### **III. Discussion**

#### **A. Points forts et limites de l'étude**

##### **1. Points forts**

L'étude menée est un travail original tant dans sa forme que dans le sujet traité : Il n'y avait pas d'entretien ni de questionnaire comme c'est le cas dans la majorité des thèses de médecine mais il s'agissait de travailler sur un matériau déjà livré par les internes. Les internes n'avaient donc pas à être de nouveau sollicités pour ce travail et de notre côté nous avons déjà des documents riches à exploiter.

Le sujet lui aussi est original ou en tous cas relativement nouveau et il faut continuer à le développer. Ces dernières années il a connu un essor, il intéresse, il sensibilise, il parle aux praticiens qui veulent en savoir plus et en parler plus. Plusieurs thèses ont déjà été faites dans ce domaine mais encore beaucoup de travail reste à faire pour cerner le sujet.

D'autres thèses fondées sur le matériau issu des traces d'apprentissage et de

méthodologie proche sont d'ores et déjà en cours ou réalisées au département de médecine générale de Paris VII. Cette thèse s'inscrit donc aussi dans un projet plus grand de connaissance des productions des internes de médecine générale, qui peut-être pourra permettre de les orienter et de les perfectionner en les comparant aux compétences de médecine générale attendues par le département.

Nous avons pour notre étude un accès direct au contenu écrit par les internes eux-mêmes sans qu'ils aient à répondre à une quelconque question de notre part, en ce sens nous n'avons en aucun cas suggéré d'idées aux internes ni ne les avons influencés. Les cas cliniques racontés ont été anonymisés pour protéger les écrits des internes qui se sont livrés.

Par ailleurs les traces déposées sur le site du département de médecine générale peuvent l'être avec anonymat et l'accès peut être restreint uniquement au corps enseignant donc à priori les internes qui rédigent des traces ont moins de raisons de modifier la réalité des erreurs commises (pas de honte du regard d'un confrère).

## **2. Limites de l'étude**

Les traces ont été sélectionnées par le directeur de thèse pour leur diversité de situations et de thèmes à partir de leur titre et mots clés. Il peut y avoir là un biais de sélection pouvant altérer le sens de notre étude et ses résultats. Cependant le nombre de traces étudiées devrait permettre d'en atténuer l'impact d'autant qu'il s'agit d'un travail qualitatif ne nécessitant pas l'exhaustivité mais plutôt l'étendue et la diversité.

Les internes auteurs de traces y ont livré des événements censés être réels vécus lors de leur cursus. Ce matériel de travail présente deux problèmes impossibles à contourner. Premièrement on ne peut exclure un biais de mémorisation : les internes peuvent involontairement modifier la réalité des faits. Deuxièmement, ils peuvent avoir quelque peu

modifié volontairement la réalité des événements pour améliorer la qualité de leurs traces d'apprentissage. En tous cas nous n'avons aucun contrôle possible sur ce point à notre échelle.

Les internes qui produisent des traces d'apprentissage le font dans l'optique qu'elles soient jugées par un tuteur. Ceci constitue une contrainte qui peut d'une certaine manière altérer la liberté des internes dans ce qu'ils livrent et la façon dont ils le font.

La thèse est une thèse qualitative avec pour vocation une synthèse des principales problématiques évoquées. Les données qualitatives sont toujours plus difficiles à exploiter que les données quantitatives et nous avons dû parfois réduire les sentiments et idées exprimées par les auteurs dans le but de les ranger dans des catégories pour faire des synthèses et dégager des idées communes.

## **B. Comparaison des résultats à la littérature**

### ***Les traces du Département de médecine générale***

Sellam (7) montrait en septembre 2014 que dans 2/3 des traces étudiées, la partie récit représentait entre 20 et 50% du corps de la trace, la partie analyse entre 40 et 70%, la conclusion était la partie la plus variable avec 13 traces sur 31 analysées qui n'en comportaient pas. Nous avons obtenu des résultats sensiblement comparables avec en moyenne dans nos traces étudiées 37,95% de récit, 51,78% d'analyse de l'histoire et théorique, et 19 traces qui ne comportaient pas de conclusion.

Ces résultats communs montrent que les internes du département de médecine générale de Paris 7 **perçoivent la rédaction de leurs traces d'apprentissage avant tout comme un travail d'analyse de leur vécu**. Par ailleurs, ils nous incitent à nous demander pourquoi les internes occultent à ce point la conclusion, pourtant essentielle. Peut-être serait-il intéressant de pointer cette lacune avec les tuteurs et les tutrices.

### **Le type d'erreur**

La majorité des erreurs principales exposées était de loin l'erreur de type erreur diagnostique. Vénus (8) n'avait elle pas cherché à évaluer le type d'erreur médicale commise, mais par contre, elle avait demandé aux internes de donner une définition de l'erreur médicale. Elle avait ensuite réalisé une étude des récurrences de termes et de notions dans les différentes définitions. Le mot « diagnostic » arrivait en 3ème position des termes les plus utilisés derrière « néfaste » et « patient ». Ces deux derniers mots ne définissant pas le type d'erreur, il s'avère que « diagnostic » est le terme définissant le type d'erreur qui est revenu le plus souvent. Nos résultats et ceux de Vénus allaient donc dans le même sens.

### **Qui fait l'erreur ?**

Les erreurs étudiées apparaissaient comme multifactorielles et faisant intervenir plusieurs personnes : *« En réalité, c'est une multiplication d'intervenants, de lieux (radiologie, laboratoire..) ou chaque intervenant dans la prise en charge du patient est un facteur potentiel d'événements indésirables »*. Les supérieurs hiérarchiques pouvaient avoir été fortement impliqués et même être les principaux auteurs de l'erreur. L'erreur médicale pouvait trouver son origine dans la non remise en question de l'avis ou de l'intervention d'un supérieur hiérarchique : *« Bon, en tant que premier semestre, novice, seul face au cardiologue de garde qui gère l'USIC, je me tais », « j'ai dysfonctionné par crainte de l'opposition avec ma hiérarchie principalement. »*. Ainsi, Brami et Amalberti (9) émettaient comme 9ème et 10ème recommandations pour une médecine générale plus sûre de ne pas hésiter à contredire les affirmations d'un médecin en situation hiérarchique forte. Ils identifiaient donc un même facteur de risque d'erreur que celui identifié par nos résultats.

### **Charge de travail, lieu des urgences**

L'erreur médicale a pu être identifiée comme liée à des conditions de travail de pression, de stress, et de charge de travail inadaptées. Le service des urgences médicales est apparu comme un terrain de prédilection aux erreurs médicales comme le montre ce témoignage : *« En tant qu'internes, particulièrement dans un service d'urgences, nous sommes extrêmement sollicités. La salle d'attente est pleine à craquer. Entre les enfants à suturer et les urgences vitales, nous ne savons plus où donner de la tête. C'est au détriment des patients déjà vus avec un diagnostic posé et un traitement adapté débuté qui ne sont pas toujours suffisamment surveillés avant de monter dans les étages »*. Venus (8) avait également identifié ce terrain particulier avec le plus gros pourcentage c'est-à-dire 26% des erreurs survenues aux urgences.

### **Les rapports aux supérieurs hiérarchiques : l'erreur et les conflits**

Un récit a retenu notre attention de façon particulière concernant cette problématique. Il s'agit du récit de la trace 2 dans laquelle l'interne auteur de la trace avait tenu tête au sénior de garde de l'USIC à propos d'un patient présentant une douleur thoracique : l'interne défendait la piste de la dissection aortique alors que le sénior de l'USIC disait qu'il s'agissait d'un simple lumbago. Au final, l'interne a utilisé le chantage pour que le sénior accepte de prescrire un scanner au patient et il s'est avéré que le patient souffrait effectivement d'une dissection aortique. Il est apparu de ce récit que c'est la personnalité « tenace » de l'interne narrateur qui a sauvé la vie du patient. Par opposition, un autre récit dans lequel l'interne défendait la bonne piste face à un sénior a été vécu avec plus de culpabilité et de souffrance intérieure par l'interne. Il s'agit du récit d'un patient qui s'était présenté aux urgences pour douleurs thoraciques et dont l'ECG montrait des ondes U négatives. L'interne soutenait qu'il s'agissait de douleurs coronariennes et le sénior des

urgences lui disait qu'il s'agissait de simples douleurs d'origines digestives. L'interne a fini par céder peut-être par manque d'audace face à l'avis du sénior : « *mais je me dis qu'il a plus d'expérience que moi et que c'est son avis qui compte* » (trace 21). Nos résultats vont dans le même sens que ceux de Romain Multon (10) qui avait identifié la personnalité de l'interne comme élément le plus fréquemment mis en évidence pour expliquer la décision de l'interne d'exprimer son sentiment dans une situation de désaccord. Dans nos cas, l'expression de ce désaccord a évité le pire ou aurait pu l'éviter.

### ***Le vécu du soignant***

Le but principal de notre étude était de savoir comment les internes du département de médecine générale de Paris 7 vivaient leurs erreurs. Le caractère traumatisant de l'erreur médicale est clairement ressorti dans nos résultats. Les internes ont fait part de sentiments de honte, de culpabilité, de perte de confiance en eux, d'angoisse et de pleurs avant de se rendre à nouveau sur le lieu d'exercice. Certains ont expliqué y penser encore longtemps après l'évènement. Certains témoignages sont des phrases fortes qui résument bien les sentiments négatifs qui envahissent l'auteur d'une erreur : « *A cet instant, j'ai cru que tout s'effondrait...Premier jour, premier senior et pas n'importe lequel, première impression...Je me sentais à la fois coupable et incompétente mais surtout je ne comprenais pas ce qui s'était passé* ». Certains ont décrit l'erreur comme franchement obsédante, au moins jusqu'à ce qu'un véritable travail ait été fait dessus. Du point de vue des relations entre confrères, nos internes faisaient part d'un sentiment de crainte du regard et de l'appréciation de leurs co-internes et de leurs supérieurs : « *Je n'en ai parlé à aucun de mes amis internes, car j'ai un peu honte d'avoir commis cette erreur. Par ailleurs, mes amis ne me parlent jamais de leurs erreurs* », « *personne ne veut montrer la moindre faiblesse, sous peine de risquer d'être déconsidéré. D'ailleurs lors de mon*

*externat, un chef de service de rhumatologie m'a dit : " en médecine, l'important, ce n'est pas tellement de soigner les patients, c'est surtout de ne pas passer pour un idiot devant les autres médecins" », « L'anecdote fait rapidement le tour de tout le personnel des urgences, du service de réanimation et de celui de cardiologie. On a l'impression que tout le monde nous regarde d'un mauvais œil dans les couloirs ».*

Ces vécus ont de toute évidence de grands points communs avec le vécu en général des médecins qui commettent des erreurs médicales. De nombreux auteurs ont traité du traumatisme enduré par les médecins qui se sont trompés. En fait, nos résultats allaient dans le sens de ceux décrits par beaucoup d'auteurs. E. Galam (11)(12) évoque « la détresse émotionnelle avec honte, culpabilité, remords, crainte, panique, colère, choc, humiliation, doute sur soi-même, sentiment d'échec et d'incompétence, de dépression, perte de confiance et une modification du regard porté sur les patients et les collègues (...) avec, souvent, des répercussions sur la vie privée ». Nos résultats corroborent ces données. Cela dit, nous avons eu peu de données sur les retentissements qu'ont pu avoir les erreurs dans la vie privée des internes. Probablement que ces données étaient trop intimes pour être livrées dans des traces d'apprentissage alors qu'elles le sont plus facilement dans des questionnaires anonymes. E. Galam évoque aussi un possible détachement et une potentielle diminution de la bienveillance envers les patients. Ces effets négatifs n'ont pas été observés dans notre étude. Il note que la détresse émotionnelle grandit avec l'importance des dommages chez le patient. Il en était de même dans notre étude.

L'impact de l'erreur sur le soignant peut donc réellement relever du traumatisme psychique avec retentissement physique : E. Venus(8)(13) a montré dans une étude que sur 55 internes de médecine générale interrogés, 18% étaient très fortement marqués par leur erreur, 46% fortement marqués, 29% moyennement marqués. Seulement 5% étaient

faiblement marqués et 2% très faiblement marqués.

E. Galam (11) reprend l'histoire naturelle de l'erreur médicale en six stades décrits par Scott et al. (14). Ces derniers ont montré que ce traumatisme laissait une véritable empreinte permanente dans la mémoire de son auteur. Dans leur description de l'histoire naturelle de l'erreur, ils concluent en dernière étape avec le dépassement de l'erreur. Celui-ci peut se faire selon trois possibilités : changer de métier ou au moins de contexte d'exercice, continuer en gardant la cicatrice, ou s'enrichir de l'erreur. De notre étude, il ressort que les internes ont néanmoins dans la majorité des cas réussi à dépasser l'erreur, même si parfois cela leur a pris beaucoup de temps : « *Dans ma pratique en médecine de ville, cette expérience m'a beaucoup aidée à m'organiser pendant mes consultations* ». Quelques-uns ont parlé d'un traumatisme qu'ils n'oublieront jamais : « *Je crois que cette histoire restera à jamais gravée dans ma mémoire* ». Et parfois sans ouverture sur un enrichissement mais personne n'a déclaré être incapable de continuer à exercer.

Dans certains cas, des internes sont apparus comme en véritable danger psychique dû à leurs erreurs. Galam dans sa synthèse sur l'impact sur les soignants évoque dans les réactions rapportées par les individus impliqués dans une erreur médicale la dépression et le sentiment de culpabilité avec souvent des répercussions sur la vie privée. Nos résultats allaient dans ce sens puisque certains internes rapportaient des pleurs pendant de longues périodes après l'erreur, et des idées de culpabilité récurrentes.

Vénus a montré que 60% des internes de médecine générale de Paris 7 ont eu une crainte seulement brève d'avoir des répercussions juridiques de leurs erreurs alors que 40% n'avait jamais pensé à ce risque. Dans nos résultats, cette crainte n'était en effet pas la principale évoquée par les internes. Ces derniers semblaient bien plus inquiétés par les conséquences de leurs erreurs pour les patients que pour eux-mêmes. Cela peut s'expliquer par le statut en partie étudiant des médecins qui ont fait l'objet de notre étude

(internes), on peut supposer qu'ils sentaient leur responsabilité moins engagée que des médecins libéraux, indépendants. Néanmoins, même si nos internes focalisaient relativement peu sur le risque de la judiciarisation, ce risque était néanmoins décrit comme bel et bien présent : « *Je me suis ensuite attaché à rédiger le CRH de Mme ... . L'exercice n'était pas simple car je devais rester objectif et ne pas réaliser un document en fonction des évènements post hospitaliers. Toutefois, j'avais conscience de l'importance de ce CRH, qui serait étudié dans ses moindres détails s'il existait des suites medico-légales à cette histoire. Je n'ai pas cherché à savoir si mes chefs y ont apporté des modifications par la suite.* »

### ***Le dépassement de l'erreur***

Tous les internes se sont posé de façon plus ou moins apparente la question de dépassement de l'erreur. Après une phase de douleurs, il leur fallait trouver des solutions pour s'affranchir du poids de l'erreur. Ceci était rendu possible par la verbalisation, le partage entre pairs compréhensifs et aux regards bienveillants des supérieurs hiérarchiques plus expérimentés. Toutes ces étapes permettaient à l'auteur de l'erreur de finir par se voir autrement, se voir humain, et finalement s'accepter comme non infaillible. La sérénité après l'erreur ne se concevait qu'en parallèle de cette vision plus sage du soignant : « *il faut avoir le courage de partager l'expérience des erreurs* ». Mais ce travail semblait long et la parole a toujours semblé venir comme de façon retardée. Lorsque les supérieurs hiérarchiques avaient assuré leur rôle, leurs apports avaient été considérables. Mais souvent, l'interne avait trouvé de l'aide en dehors de la structure dans laquelle l'erreur s'était produite. Newman (15) a montré que 67% des médecins qui répondaient à propos d'une erreur médicale commise avaient trouvé un appui chez quelqu'un d'autre que leurs pairs. Nos résultats n'étaient pas si tranchés puisque dans nos cas, les internes

avaient souvent trouvé une oreille attentive et bienveillante lors du cours sur l'erreur médicale dispensé à la faculté Paris 7. D'où un soutien des pairs plus marqué. Galam pointe du doigt l'ambiguïté manifeste qui ressort de l'état des communications entre médecins : il explique que « *Parler et être écouté par les collègues apporte réassurance et réaffirmation professionnelle et semble jouer un rôle essentiel pour surmonter l'expérience de l'erreur et en tirer des conclusions constructives* ». Pourtant, « *les personnes concernées doivent souvent se battre pour trouver du support* ».

Une des conclusions de notre étude est que pour dépasser son statut de « *seconde victime* », le praticien doit entre autre apprendre à gérer le risque et l'impact d'une erreur qui le guette. Dans les traces d'apprentissage étudiées, la majorité des internes regrettait le manque de formation des étudiants en médecine sur la gestion de l'erreur. Tous ceux qui avaient évoqué l'enseignement intitulé « *De l'erreur médicale à la sécurité du patient* » avaient porté un jugement très favorable à son égard. Jean Brami et Eric Galam sont les deux enseignants qui assurent ce cours à Paris 7. Dans le cadre de l'évaluation des cours dispensés à la faculté dans un objectif de perfectionnement, les internes qui y assistent doivent évaluer ce cours. Les points positifs relevés étaient entre autres l'interactivité et l'enrichissement liés aux dialogues. Dans les points négatifs relevés, on trouvait le caractère encore silencieux des participants et le manque de notions de base c'est-à-dire de formation. Nos résultats corroboraient donc ces données.

### **C. Perspectives**

Les internes ont besoin d'être formés sur la gestion des erreurs médicales. Un interne qui débute son internat devrait être déjà sensibilisé à ce sujet. Il n'est pas normal que l'on ne se pose la question de l'erreur uniquement qu'après en avoir commise une. Il n'est alors pas trop tard mais c'est dommage. Cette formation devrait pouvoir se faire lors de

l'externat. Elle devrait être étendue et approfondie selon des modalités à préciser tout au long de l'internat.

Notre étude avait pour but de savoir comment les internes de médecine générale vivent leurs erreurs. Il reste encore beaucoup d'aspects à travailler sur le thème de l'erreur médicale. Concernant la formation, il nous reste à savoir sous quelle forme les internes souhaiteraient voir leur formation au cours de leurs études. Un travail sur cette question semble nécessaire pour faire évoluer les choses de façon constructive.

Le Docteur Galam a écrit un article dans la revue du praticien sur la production des récits de situations cliniques authentiques. Il y donne des clés pour cet exercice qu'il juge encore fragile. Peut-être que quelques règles de rédaction établies par le département de médecine générale pourraient aider à perfectionner notre banque de traces d'apprentissage et à pouvoir encore mieux les analyser car après tout c'est aussi la contrainte de forme et les consignes qui participent à l'obtention d'une production élaborée.

## **Conclusion**

Patients comme soignants attendent des pratiques médicales l'excellence. Pourtant l'erreur est humaine et la médecine n'en n'est pas à l'abri. Il faut nous y préparer pour l'éviter au maximum et en tirer enseignement lorsqu'elle se produit. Les productions écrites des internes montrent qu'ils vivent l'erreur médicale avec honte, culpabilité, perte de confiance, angoisse et détresse émotionnelle. Certains y pensent encore longtemps après. Les solutions trouvées pour la dépasser reposaient toujours sur la verbalisation, le partage compréhensif entre pairs et le regard bienveillant des supérieurs hiérarchiques plus expérimentés. Les internes regrettent le manque de formation à la gestion de l'erreur. Aussi, au terme de ce travail, il faut se poser la question de la forme d'enseignement la plus adaptée: quelles parts respectives pour les enseignements théoriques et pour les mises en situation? Faut-il débiter la formation dès le deuxième cycle? Faut-il la limiter dans le temps ou l'étendre dans la durée? Comment l'articuler avec la formation pratique en contact avec les patients? Dans tous les cas, la production de traces d'apprentissage sur ce thème participe de cette formation en développant réflexivité et échanges avec enseignants, maîtres de stage et tuteurs. La sensibilisation et la formation de ces derniers ainsi que des seniors rencontrés tout au long du cursus mériteraient également d'être optimisées.

## **Annexes**

### **Annexe 1 : Tableaux récapitulatifs**

### **1.1 Lieu, patients, intervenants, semestre**

	Lieu	Patients	Intervenants	Semestre de l'interne
Trace 1	Médecine interne	Homme, 57 ans, antécédents de diabète de type 2, obésité, fibrillation auriculaire, syndrome d'apnée du sommeil non appareillé.	médecin traitant, urgentiste, interne auteur de la trace, co-internes, chef de clinique assistant, avis dermatologues, professeur du service (médecine interne).	1
Trace 2	Urgences	Homme, 55ans, sans antécédents particuliers.	Interne, sénior urgentiste, sénior cardiologie, centre de référence de cardiologie.	1
Trace 3	Cardiologie	Femme, 38 ans, 2 enfants, sans antécédents particuliers, fumeuse.	urgentiste, médecin traitant, interne auteur de la trace, CCA cardiologie, PH cardiologie, radiologue.	NR (non renseigné)
Trace 4	Urgences pédiatriques	Garçon, 2,5 ans, 5ème consultation pour le même motif, mère très inquiète.	interne auteur de la trace, sénior urgences pédiatriques, médecins consultés précédemment aux urgences et en ville.	NR
Trace 5	Diabétologie	Femme, 56 ans, diabétique type 2.	médecin traitant, urgences gynécologiques, interne auteur de la trace, sénior de diabétologie.	NR
Trace 6	Médecine interne	Homme, 50 ans, poly-toxicomane, hospitalisé pour sevrage alcool.	première interne qui prend en charge le patient, interne auteur de la trace, sénior de neurologie pour avis.	6
Trace 7	Médecine interne	Femme, 83 ans, cataracte gauche, ACFA lente, très autonome, isolement familial et social.	interne auteur de la trace, seniors du service de médecine interne, infirmières du service de médecine interne, neurochirurgiens, radiologue.	NR
Trace 8	Cabinet	Femme, 67 ans, névralgie du trijumeau, tabagisme actif 30 PA, consommation alcool occasionnelle.	interne auteur de la trace, médecin généraliste remplacé par l'interne, neurologue, radiologue, chirurgien vasculaire.	NR
Trace 9	Urgences	Femme, 34 ans, asthmatique, habituée des urgences.	l'infirmière d'accueil des urgences, interne auteur de la trace, sénior des urgences, médecin traitant.	1
Trace 10	Médecine interne	Femme, 30 ans, lupus, syndrome d'activation macrophagique.	interne auteur de la trace, réanimateur, sénior du service.	6
Trace 11	Cabinet	Femme, 72 ans, allergie amoxicilline, HTA, dyslipidémie, hernie discale L5 opérée, coxarthrose bilatérale avec prothèse totale de hanche gauche, antécédent de descellement, autonome.	interne auteur de la trace, maitre de stage, radiologue, chirurgien orthopédique.	NR

Trace 12	Urgences (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée)	Homme, 48 ans, HTA, diabète de type 2, obésité, insuffisance rénale chronique, isolement sociale.	interne auteur de la trace, co-interne, sénior de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, médecin du service de gastro-entérologie dans lequel le patient a été transféré, réanimateur.	2
Trace 13	Médecine interne	Femme, 80 ans, démence, relativement autonome, bien entourée.	interne narrateur, sénior du service de médecine, infirmière du service.	NR
Trace 14	Cabinet	Garçon, 11ans, accompagné du père.	interne narrateur, maître de stage, groupe d'ED erreur médicale.	NR
Trace 15	Cas 1 : Urgences Cas 2 : Urgences	Cas 1 : Homme, amené par la police pour établir certificat de non admission.  Cas 2 : Homme, décédé, dont on ne sait rien de plus.	cas 1 : policiers, interne narrateur, infirmière.  cas 2 : infirmière, interne narrateur, sénior des urgences.	NR
Trace 16	Urgences	Femme, 91 ans, 2 AVC ischémiques, chondrocalcinose, se déclarant allergique à la pénicilline, adressée par SOS médecin pour dyspnée.	interne narratrice, infirmières du service des urgences, infirmières du service d'Hospitalisation de courte durée, sénior des urgences, chef de service des urgences.	1
Trace 17	Médecine interne	Homme, 53 ans, autisme, schizophrénie, diabète insulino-requérant, néphropathie, cardiopathie ischémique stenté.	interne narrateur, sénior du service, infirmières du service.	1
Trace 18	Cabinet	Femme, 50 ans, HTA, THS.	interne narrateur, maître de stage ambulatoire.	NR
Trace 19	Soins de Suite Réadaptation	Femme, âge non précisé, ulcère gastro duodéal avec syndromes occlusifs répétés, insuffisance veineuse, HTA, diabète , dyslipidémie, AVC hémorragique capsulo thalamique droit avec hémiplégie gauche et dysarthrie séquellaire, syndrome dépressif , prothèse totale de hanche droite, prothèse de genou gauche, sigmoïdectomie , hystérectomie, vit en institution depuis 5 ans.	interne narrateur, sénior du service, 2 internes de garde, équipe para-médicale.	NR
Trace 20	Cabinet	Garçon, 15 ans 3 mois, accompagné de sa mère.	interne auteur de la trace, maître de stage.	NR

Trace 21	Urgences	Homme, 47 ans, 45 PA, père décédé d'un infarctus du myocarde à l'âge de 49 ans.	interne narratrice, interne de garde, sénior des urgences, 2ème sénior avec qui le dialogue a eu lieu.	2
Trace 22	Urgences	Homme, 23 ans, antécédent d'infection à CMV avec syndrome grippal d'une durée de 3 mois.	interne narratrice, patient, sénior du service.	NR
Trace 23	Cabinet	Femme, 32 ans, constipation, fibromes opérés, aucune couverture sociale.	interne narrateur, gastro-entérologue, assistante sociale, service hospitalier gastro-entérologie.	NR
Trace 24	Urgences	Homme, âge non précisé cancer du colon multi-métastatique.	interne narratrice, gastro-entérologue, sénior des urgences.	NR
Trace 25	Urgences	Homme, 75 ans, tabagisme sevré depuis 10 ans, mère HTA, père BPCO.	interne narrateur, sénior du service des urgences.	NR
Trace 26	Urgences	21 cas collectés, patients adultes, ayant consulté au moins 2 fois durant une période évoluant de début mai à fin août 2012, re-consultation à chaque fois pour le même motif, pris en charge les 2 fois par l'interne narrateur.	interne narrateur ayant pris en charge les patients et les différents séniors auxquels il s'est référé.	NR
Trace 27	Pédiatrie	Fille, 2 ans.	interne narrateur, équipe médicale du service dans lequel l'enfant est hospitalisé, chef de service, praticiens des urgences.	NR
Trace 28	Urgences	Femme, 39 ans.	interne de garde, interne narratrice, chef de médecine interne.	NR
Trace 29	Médecine interne	Cas 1 : Femme, 84 ans. Cas 2 : Femme, 22 ans, crises vaso-occlusives.	interne narratrice, binôme de travail en cours à la faculté, public assistant au cours, médecin enseignant du cours, 2 seniors des 2 récits.	NR
Trace 30	Cabinet simulé	Femme, 32 ans, allergique à la pénicilline.	interne acteur du patient, interne acteur du médecin, examinateur.	NR

## **1.2 Pathologies, erreurs, conséquences**

	Pathologies	Erreurs	Conséquences
Trace 1	fasciite nécrosante	diagnostic erroné érysipèle retard diagnostic avis erroné de la part des spécialistes	correction de la prise en charge dans l'agitation accompagnée d'un sentiment de panique et de culpabilité inquiétude du patient, questionnements difficultés à répondre aux questions du patient car état de stress et absence de sérénité au sein du corps soignant risque fonctionnel pour le patient (perte d'un membre), et vital (septique), pronostic engagé à la fin du récit
Trace 2	douleur violente rachis lombaire, migratrice, s'intensifiant, asymétrie tensionnelle dissection aortique	pas d'erreur de la part de l'interne première erreur = délai entre appel de l'interne et descente au SAU du cardiologue 45 min = trop long par rapport au diagnostic suspecté erreur diagnostic du sénior spécialiste cardiologue consulté diagnostic de lumbago hyper-algique au lieu de celui de dissection aortique	retard de prise en charge arrêt cardiaque durant le transfert en milieu adapté possiblement dû au retard de prise en charge pas de décès
Trace 3	céphalées depuis 15 jours consultation une première fois aux urgences (diagnostic migraine contexte HTA non connue) consultation médecin traitant 2 reprises céphalées pulsatiles bi-temporales irradiant dans la nuque tension artérielle à 170/100 au bras droit et 145/90 au bras gauche diarrhées depuis 3 jours vomissements la veille mais pas le jour de nouvelle consultation au SAU	rassuré quant au caractère urgent après réalisation angio-TDM thoraco-abdomino pelvien à la recherche d'une dissection de l'aorte ou des artères sous-clavières errance diagnostique piste de la thrombophlébite cérébrale non explorée pas de scanner cérébral face à une patiente qui re-consulte aux urgences à 15 jours d'intervalle pour céphalées et qui n'est pas une patiente migraineuse connue	patiente sortie sans diagnostic précis, décès 15 jours plus tard
Trace 4	vomissements réguliers jour et nuit depuis 6 jours, grandes difficultés d'alimentation, AEG, déshydratation, raideur de nuque et strabisme datant de moins de 24h	nuque non examinée lors des premières consultations alors que la raideur devait sûrement être présente piège d'un diagnostic facile de GEA alors que pas troubles du transit bas, pas de fièvre	apparition de signes évolutifs = strabisme et aggravation des signes d'HTIC pronostic non modifié annonce du diagnostic d'autant plus difficile
Trace 5	décompensation diabète type 2 gangrène de fournier	confusion bartholinite et gangrène de fournier persistance dans l'erreur de la part du sénior des urgences gynécologiques après appel de l'interne auteur de la trace	retard diagnostic, retard de prise en charge.

Trace 6	épilepsie sous gardéнал	oubli de prescription du gardéнал à l'entrée pas de vérification des prescription par l'interne auteur de la trace lorsqu'elle prend le relais de la prise en charge du patient	sevrage brutal du gardenal au lieu du sevrage progressif avec relais des benzodiazépine
Trace 7	chute à domicile lors d'une syncope rhabdomyolyse, insuffisance rénale douleurs membres inférieurs, paresthésies membres inférieurs, lombalgie, déficit moteur 4/5 évolution = Babinski en extension, déficit moteur total des 2 membres inférieurs = compression médullaire sur recul du mur postérieur sur fracture déplacée de T7	retard diagnostic d'une compression médullaire pas d'importance donnée à des signes d'appel pourtant non négligeables lecture trop rapide des imageries pas de vérification de ces imageries par l'interne, a compté sur l'avis des seniors patiente non examinée par les seniors lors de la visite, au total l'interne est le seul à avoir examiné la patiente	constitution du déficit neurologique perte de chance pour la patiente en terme d'intérêt d'une intervention chirurgicale = pas d'intervention paralysie membres inférieurs avec syndrome médullaire réaction compréhensive et non plaintive de la patiente
Trace 8	douleurs quasi-permanentes, prédominance nocturne, provoquant des insomnies, sensations de pied froid, fourmillement, engourdissement = Oblitération complète de l'artère fémorale superficielle droite	erreur diagnostic mauvais diagnostics évoqués : neuropathie périphérique, pathologie d'origine rhumatologique, hernie discale bon diagnostic posé très tardivement : oblitération complète de l'artère fémorale superficielle droite traitements antalgiques en partie inadaptée face au type de douleur = douleur par excès de nociception et non pas neuropathique	risque de perte de chance pour la patiente en terme de récupération d'un réseau artériel satisfaisant et donc pronostic au moins fonctionnel au final traitement efficace en pratique
Trace 9	douleur latéro-thoracique droite depuis 2 jour sans irradiation, majorée à l'inspiration et la mobilisation, apparue en fin de journée de travail = pneumopathie	erreur diagnostique : confusion entre pneumopathie et douleur intercostale constantes non prises lors de la première consultation aux urgences traitement inadapté : antalgie sans traitement curatif antibiothérapie prescrite par le médecin généraliste non adaptée pas de recherche des signes de choc lors de la 2ème consultation aux urgences	évolution défavorable de la pneumopathie, début de sepsis sévère, retard de prise en charge
Trace 10	trouble de la conscience sur hyponatrémie	examen biologique non consulté : l'interne n'a pas vu que la patiente était en hyponatrémie recherche d'autres causes de trouble de la conscience avec explorations poussées	conséquences de l'hyponatrémie avec gravité croissante jusqu'à état de mal épileptique
Trace 11	douleur de hanche gauche aiguë, sans irradiation, mécanique, sans traumatisme, brève, depuis 15 jours, rebelle à l'IBUPROFENE = descellement prothèse	erreur de la part du radiologue : pas de diagnostic du descellement de prothèse ni de l'ostéolyse cotyloïdienne interne remet en question le compte rendu du radiologue mais au final erreur diagnostique sur la nature réelle de	pas de conséquences puisque l'interne a su « rattraper » l'erreur en adressant la patiente au chirurgien en se basant sur son sens clinique peut-être retard de prise en charge

	de hanche avec ostéolyse cotyloïdienne	l'anomalie diagnostique	
Trace 12	mycose buccale et oesophagienne insuffisance rénale aigüe	transfert du patient en service de gastro-entérologie dans un autre hôpital avec une créatininémie à 800 micromol/l et une urémie à 50 mmol/l l'interne narrateur n'a pas vérifié la créatininémie de son patient la co-interne qui a pris en charge le patient et son transfert pour aider sa collègue n'a pas non plus regardé la biologie du patient	transfert du patient dans un service de médecine en annonçant au service d'accueil que le patient est stable au lieu d'un transfert adapté en réanimation, donc retard de prise en charge
Trace 13	phlébite insuffisance rénale chronique	erreur de conversion de la dose d'HNF de UI à ml, donc prescription d'une mauvaise dose	pas de conséquence puisque l'infirmière expérimentée a administré la bonne dose
Trace 14	allergie motivant des séances de désensibilisation	mauvaise technique d'injection : utilisation de la voie intradermique au lieu de sous cutanée refus de parler de l'erreur au praticien	formation d'un nodule sous-cutané au point d'injection efficacité de l'injection diminuée culpabilité intense développée par l'interne narrateur
Trace 15	cas 1 : état confusionnel  cas 2 : certificat de décès à établir	cas 1: pas de prise des constantes à l'entrée erreur qui a failli se produire, passer à côté de la vraie cause d'un état confusionnel pour un patient amené pour certificat de non admission, en portant trop rapidement et sans examen clinique le diagnostic d'état d'ébriété première réaction qui consiste à ne pas insister devant le refus de se faire examiner par le patient  cas 2: inversion de 2 dossiers par l'infirmière, celui d'un patient devant sortir le lendemain avec celui d'un patient décédé pas de vérification de l'identité du défunt examiné par l'interne, ni de l'étiquette patient du dossier pris pour établir le certificat l'interne a failli appeler une famille pour prévenir d'un décès en pleine nuit alors que ce n'était pas le cas	pas de conséquences puisque par définition l'erreur n'a pas eu lieu dans le cas numéro 2 altération des relations interne / infirmière
Trace 16	pneumopathie hypoxémiant base pulmonaire gauche	prescription de Clamoxyl intra-veineux alors que la patiente s'était déclarée allergique	pas de conséquences de la première et unique injection de CLAMOXYL intra-veineux après passage en UHCD de la patiente les infirmières de l'UHCD remarquent l'erreur et interpellent l'interne
Trace 17	ostéite pied droit	prescription d'Equanil (psychotrope) en voie intra-veineuse, voie contre-indiquée	bénignes par rapport aux conséquences potentielles : légère hypotension d'une durée de 30 minutes

Trace 18	angine bactérienne	erreur de lecture du test diagnostique rapide du streptocoque qui était positif pas de prescription d'antibiotiques re-consultation de la patiente, nouvelle erreur de lecture d'un nouveau test trop de focalisation sur la demande initiale d'antibiotiques de la part de la patiente, et pas assez de prise en compte du contexte clinique	pas de traitement adapté retard de prise en charge re-consultation de la patiente après 24h
Trace 19	perte d'autonomie, trouble de la déglutition, anorexie, vomissements, hypokaliémie	retard de mise en place des soins de confort peut-être pas assez de respect de la volonté de la patiente de ne pas être hospitalisée mais difficile face à une patiente avec troubles cognitifs et un entourage absent perfusion de KCL en voie sous-cutanée à une concentration supérieure à la limite maximale autorisée absence de concertation avec les équipes para-médicales acharnement diagnostique et thérapeutique contraire à ce que le bon sens médical aurait voulu face à la situation	souffrance de la patiente, fin de vie très inconfortable nécrose sur le site de la voie sous-cutanée, surinfection, défaillance hémodynamique, décès de la patiente
Trace 20	mononucléose infectieuse avec angine pseudo-membraneuse	mauvais diagnostic : diagnostic posé d'angine bactérienne au lieu du bon diagnostic de mononucléose pas de réalisation de test diagnostique rapide du streptocoque	retard de prise en charge et d'orientation, traitement par antibiothérapie inutile
Trace 21	syndrome coronarien aigu de présentation digestive	l'interne narratrice pose le bon diagnostic de syndrome coronarien aigu, mais le sénior lui se trompe en négligeant le signe ECG, et conclut à une symptomatologie digestive, devant quoi l'interne suit la conduite à tenir dictée par le sénior, sans noter son avis dans le dossier du patient	devant un bilan biologique normal, le patient est sortant arrêt cardiaque du patient sur le parking de l'hôpital massage cardiaque de 30 minutes et transfert en réanimation intubé/ventilé
Trace 22	maladie de Hodgkin stade II sus diaphragmatique défavorable en raison de syndrome inflammatoire avec anémie	pas d'examen lors de la première consultation des aires ganglionnaires	pas de conséquence en pratique vu le « rattrapage » par l'examen complémentaire prescrit si ce n'est un retard d'orientation diagnostique
Trace 23	constipation depuis 3 ans	non prescription d'un bilan biologique à la recherche d'une dysthyroïdie dans le cadre de l'exploration d'une constipation	retard diagnostique retard de prise en charge
Trace 24	rupture de tumeur	erreur diagnostique : diagnostic erroné d'ascite abdominale au lieu du bon diagnostic de rupture de tumeur cette erreur est commise pas le gastro-entérologue la veille en consultation	retard de prise en charge avec risques potentiels pour le patient perte de la confiance du sénior envers l'interne

		l'interne ne remet pas en question ce diagnostic lorsque le patient se présente aux urgences le lendemain pour inconfort trop intense et douleurs	
Trace 25	douleur thoracique apparue le matin même peu après le réveil, épigastrique, légèrement amplifiée par les mouvements respiratoires, sans dyspnée, sans toux	pas de lecture du résultat des D-dimères prescrits, revenus positifs à 3500 (norme <500) retour du patient à domicile avec accord des soignants	conséquences potentiellement graves, avec tous les risques encourus par une embolie pulmonaire non diagnostiquée et non traitée mais en pratique pas de complication, simple retard de prise en charge sans perte de chance ni séquelles pour le patient
Trace 26	<p>Ulcère Gastro Duodéal</p> <p>Embolie Pulmonaire</p> <p>Colique Néphrétique</p> <p>alcoolisme chronique</p> <p>dysfonctionnement communication inter-service</p> <p>pas de réalisation des examens prescrits</p> <p>récidive malaise malgré explorations</p> <p>changement de service de consultation (??)</p> <p>persistance de douleur malgré traitement optimal</p> <p>interruption thérapeutique</p> <p>fugue avant immobilisation</p> <p>récidive controlatérale</p> <p>sensibilité aux écarts de régime sans sel/HTA</p> <p>alcoolisme chronique</p> <p>interruption des injections d'insuline</p> <p>chute sur alcoolisation massive</p> <p>mauvaise compréhension des consignes de traitement antalgique</p> <p>chute sur trouble équilibre en maison de retraite</p> <p>anxiété, isolement social, pas d'observance des traitements prescrits, absence du médecin traitant</p> <p>sonde urinaire à demeure bouchée sur néo prostate</p> <p>troubles de l'équilibre non rééduqués</p>	<p>Dans 19% des cas de re-consultation, il s'agissait d'un problème d'organisation des soins ; qu'il s'agisse d'un problème de coordination (sortie prématurée du patient d'hospitalisation), de surveillance, d'obtention du traitement, de problèmes sociaux liés à l'absence de médecin traitant, ou l'impossibilité d'avancer les frais en ville.</p> <p>Dans 19% des cas, la prise en charge médicale n'avait pas été optimale : erreur diagnostique, antalgie insuffisante, délai avant la mise en place d'aides, etc.</p>	re-consultations aux urgences donc entretien d'un afflux de patient qui pourrait être évité si la prise en charge médicale et organisationnelle était optimale (pourrait éviter 38% des cas de re-consultation aux urgences)
Trace 27	rhabdomyosarcome de la vessie avec	mauvais diagnostic de constipation au lieu du bon	notion de perte de chance avec retard diagnostic et donc

	dysurie et prolapsus rectal	diagnostic de dysurie sur rhabdomyosarcome de la vessie pas de remise en cause du diagnostic alors que beaucoup d'éléments en défaveur du faux diagnostic porté peu de considération pour l'inquiétude de la mère très mauvaise communication soignants parents	retard de prise en charge
Trace 28	pyélonéphrite droite évoluant en sepsis sévère	interne de garde n'a pas envoyé d'ECBU devant des lombalgies fébriles sous prétexte de BU négative, malgré une histoire récente de cystite non traitée  pas de réévaluation de la patiente pendant un délais de 3 heures entre le moment ou le diagnostic est posé avec début du traitement et le moment où la patiente monte en service de médecine interne  pas de prise de constantes par l'infirmière durant ce laps de temps	la patiente monte en salle alors qu'elle présente un sepsis sévère le chef de médecine interne doit la transférer en unité de soins continus prise de risque et retard de prise en charge pour la patiente
Trace 29	embolie pulmonaire distale non grave  embolie pulmonaire distale	Cas 1 : pas de prise en compte de la tachycardie qui s'avérera être le signe d'une embolie pulmonaire  Cas 2 : pas d'anti-coagulation sur une suspicion clinique d'embolie pulmonaire, qui s'avérera être le bon diagnostic	1er cas : pas de conséquence puisque le bon diagnostic est posé par le sénior consulté par l'interne  2ème cas : retard de traitement adapté sans conséquences pour la patiente
Trace 30	sinusite frontale droite traitée par augmentin éruption due à une allergie à la pénicilline reçue	prescription d'Augmentin chez une patiente allergique à la pénicilline	allergie déclenchée, manifestations cutanées importantes sans signes de la sphère oro-pharyngée

### **1.3 Solutions adoptées et évolutions, implications psychologiques et enseignements**

	Solutions adaptées et évolutions	Implications psychologiques et enseignements
Trace 1	correction de prise en charge transfert en milieu adapté tentative de réassurance du patient prise en charge chirurgicale adaptée, pronostic fonctionnel encore engagé à la fin du récit	culpabilité traumatisme psychique remise en question humilité dans l'approche de l'évènement vécu
Trace 2	se documenter avec les outils disponibles (internet) insistance chantage / mettre le supérieur face à ses responsabilités  sénior accepte d'exploiter la piste évoquée par l'interne confirmation du diagnostic de l'interne sauvetage du patient	risque vital pour le patient si erreur diagnostique responsabilité du sénior mais aussi responsabilité de l'interne en tous cas si pas de trace écrite de la controverse interne/sénior spécialiste
Trace 3	l'interne n'arrive pas à suivre le conseil des seniors du service de « passer à autre chose » le dialogue avec des praticiens qui traitent de l'erreur médicale et l'écriture de la trace sont salvateurs et aident l'interne à sortir de son traumatisme	l'auteur parle de la culpabilité de continuer à exercer si elle l'aide à modifier son exercice médical et son appréhension de l'erreur alors cette erreur ne devient plus un poids tant qu'il n'a pas mené son travail d'analyse, l'erreur est obsédante
Trace 4	aide de la part du sénior des urgences application des principes de consultation d'annonce, et des particularités liées à l'enfant patient	examen incomplet = erreur diagnostique = retard de prise en charge et consultation d'annonce d'autant plus « sous tension »
Trace 5	demande avis sénior diabétologie demande avis spécialisé chirurgiens viscéraux antibiothérapie par AMIKLIN TIENAM excision grande lèvre colectomie de décharge et parage périnéal évolution favorable avec antibiothérapie et pansements locaux en réanimation	à quel moment l'erreur est-elle survenue ? quels en sont les principaux auteurs ? comment aurait-elle pu être prévenue ? quelles chances avait la patiente de bénéficier d'une prise en charge moins invasive ?
Trace 6	franchise et reconnaissance de la responsabilité de l'oubli pas de conséquences néfastes en pratique puisque couverture par benzodiazépines	dans quelles mesures un presque événement est-il à considérer comme une erreur médicale ? du moins en termes des leçons qu'on doit en tirer rejeter l'erreur sur un confrère impliqué lui aussi dans la prise en charge ou faire face et se concentrer sur sa part de responsabilité ? donc rejeter un événement vécu comme absolument négatif ou s'approprier l'erreur pour s'en enrichir ? reconnaître l'erreur = préalable à l'acceptation de celle-ci par le patient mettre en place des mesures pour éviter l'erreur à l'avenir, partager ses

		erreurs
Trace 7	IRM médullaire en urgence transfert en urgence en service de neurochirurgie abstention thérapeutique commun accord patiente chirurgien vu les faibles chances de récupération et les risques de l'intervention retour dans le service de médecine interne orientation vers structure de MPR rééducation neurologique retour à domicile impossible corset rigide / sonde urinaire à demeure / fauteuil roulant bonne adaptation de la patiente qui reste peu plaintive	un examen clinique plus consciencieux aurait-il pu éviter l'erreur ? importance de ne pas hésiter à remettre en question l'avis d'un sénior, ne pas se laisser influencer par l'attitude non investie d'un chef
Trace 8	re-consultation et réévaluation de la patiente avec l'évolution multiplication des examens complémentaires diagnostic urgent finalement posé recherche d'un service de chirurgie vasculaire pouvant accueillir la patiente en urgence appel de nombreux services au final un chirurgien qui accepte d'opérer la patiente discussion médecin généraliste chirurgien à propos du degré d'urgence de la prise en charge au final hospitalisation le jour même où le bon diagnostic est posé au total prise en charge efficace	un meilleur répertoire de correspondant aurait pu éviter beaucoup de stress et de perte de temps à l'auteur de la trace dans quelle mesure peut on prendre en charge une douleur sans en connaître la cause ? Une résistance à un traitement antalgique peut-il orienter vers une cause ? le bon diagnostic aurait-il pu être posé avant avec un meilleur interrogatoire et un examen clinique plus vigilant ?
Trace 9	consultation du médecin traitant pour persistance des symptômes radio de thorax, début antibiothérapie pour pneumopathie re-consultation 5 jours après pour persistance des symptômes prise en charge en salle de déchoquage puis en pneumologie une fois stabilisée	une prise des constantes de la patiente au moins à titre systématique aurait pu déboucher sur une prise en charge totalement différente et sans erreur une bonne antibiothérapie ciblant les germes les plus probables aurait pu assurer une bonne évolution une formation adéquate sur la gestion de l'erreur aurait permis à l'interne de ne pas se retrouver « dénudée » face à son erreur
Trace 10	prescription d'une IRM face à troubles de la conscience IRM normale, attente évolution état de mal épileptique passage en réanimation constat de l'hyponatrémie sévère par le réanimateur, correction, évolution favorable	une meilleure organisation et une charge de travail plus adaptée auraient probablement permis d'éviter facilement cette erreur
Trace 11	douleurs aiguës persistantes augmentation des antalgiques demande avis chirurgien orthopédique bon diagnostic posé par le chirurgien orthopédique prise en charge chirurgicale	le diagnostic sur une simple radiographie est difficile le compte-rendu « normal » d'une radiographie ne doit pas faire abandonner les investigations

Trace 12	<p>constat de l'insuffisance rénale aiguë par le médecin du service de gastro-entérologie ayant accueilli le patient</p> <p>re-transfert du patient dans le service d'origine</p> <p>transfert du patient en réanimation</p> <p>pas d'aggravation liée au retard de prise en charge</p>	<p>si la co-interne avait vérifié par elle-même la biologie, sans se fier à l'interne narrateur, elle aurait pu facilement éviter l'erreur</p> <p>l'interne narrateur n'a fait que décrire la conclusion du médecin des urgences et c'est à la co-interne qu'il incombait de regarder la biologie lorsqu'elle a pris en charge le patient</p> <p>en vérifiant rapidement la biologie, l'interne narrateur n'aurait pas induit en erreur son collègue qui lui proposait de l'aide en lui décrivant un état du patient qui datait de la veille</p>
Trace 13	<p>l'expérience de l'infirmière a été une barrière à l'erreur</p>	<p>savoir être vigilant dans la façon dont on vérifie nos incertitudes, dans la façon dont on clarifie nos doutes</p>
Trace 14	<p>erreur cachée et refoulée</p> <p>n'en parle ni au patient ni au maître de stage si aux amis</p> <p>groupe d'ED aide l'interne narrateur à y voir plus clair</p> <p>dialogue avec le maître de stage</p> <p>bienveillance rassurante</p>	<p>demander de l'aide à quelqu'un d'expérimenté aurait permis d'éviter l'erreur</p> <p>les situations de stress sont un terrain propice à l'erreur</p> <p>le fait de garder l'erreur pour soi est culpabilisant</p> <p>l'erreur ne peut alors pas être source d'enrichissements</p>
Trace 15	<p>cas 1 :</p> <p>prise de constantes qui s'avèrent anormales, donc examen du patient sans attendre son accord</p> <p>pas de CNA mais plutôt admission pour explorations</p> <p>diagnostic de pneumopathie</p> <p>prise en charge adaptée antibiothérapie antipyrétiques</p> <p>évolution favorable de l'état confusionnel</p> <p>cas 2 :</p> <p>lecture du dossier intrigue l'interne</p> <p>lecture de l'ECG électro entraîné interpelle l'interne puisque le patient décédé examiné ne porte pas de pace-maker</p> <p>comparaison des identités patient et étiquette patient du dossier</p> <p>erreur démasquée</p>	<p>les erreurs évitées à la dernière minute doivent autant que les erreurs qui ont eu lieu nous donner l'occasion de réfléchir et nous enrichir en vu de notre pratique à venir</p> <p>par son côté moins traumatisant, le presque événement est analysable de façon plus « froide »</p>
Trace 16	<p>infirmières d'UHCD se rendent compte de l'erreur et ne poursuivent pas les injections de CLAMOXYL</p> <p>l'interne corrige sa prescription</p> <p>surveillance de la patiente suite à la première injection</p> <p>conseils pédagogiques de la part du chef de service</p>	<p>dans le cas narré, le diagnostic d'allergie à la pénicilline était un diagnostic porté par excès. Le vrai diagnostic était celui d'intolérance à la pénicilline si le diagnostic d'allergie à la pénicilline était avéré, l'événement aurait pu être bien plus grave</p>
Trace 17	<p>recherches sur internet des conséquences potentielles de cette injection</p> <p>appel d'un centre de référence anti-poison</p> <p>surveillance du patient par la sénior du service, bonne évolution de l'état du patient</p>	<p>la culpabilité persiste dans le temps, et les internes grandement affectés pour la plupart par leurs erreurs demandent plus de formation et de débriefing sur le sujet avec leurs supérieurs hiérarchiques</p> <p>les collègues de travail peuvent apporter un soutien certain</p>

		l'erreur incite son auteur à se former et à enseigner
Trace 18	relecture du 2ème test par le maître de stage lors de la deuxième consultation correction et adaptation du traitement	pour être efficace le streptatest demande à ce que son protocole soit réalisé de façon appliquée et consciencieuse
Trace 19	face au décès de la patiente et suite à une prise de conscience des erreurs réalisées lors de la prise en charge, organisation d'une réunion morbidité mortalité pour débriefing de service	une concentration adaptée à la voie sous-cutanée aurait pu éviter la nécrose tissulaire et donc la surinfection, et de cette sorte éviter beaucoup d'inconfort à la patiente en fin de vie
Trace 20	nouvelle consultation du patient et de sa mère face à l'évolution défavorable appel du maître de stage pour confirmation de la conduite à tenir proposition du maître de stage qui s'avère être le diagnostic juste correction de la conduite à tenir	l'utilisation d'un TDR aurait facilement pu écarter le diagnostic d'angine bactérienne le sens clinique et le terrain auraient pu eux écarter le diagnostic de diphtérie
Trace 21	devant bilan biologique normal interne de garde fait sortir le patient arrêt cardiaque du patient sur le parking de l'hôpital massage cardiaque 30 minutes coronarographie montrant une sténose transfert en réanimation du patient, intubé/ventilé mensonge du sénior qui affirme au cardiologue qu'il a demandé aux internes de le faire descendre et qu'elles ne l'ont pas fait beaucoup de culpabilité et de colère de la part des deux internes cours sur les erreurs médicales vécu comme apaisant	prendre conscience de la fréquence des erreurs permet de les aborder avec moins de culpabilité et de honte se former sur le sujet aide à mieux aborder un cas d'erreur vécu
Trace 22	appel de l'hôpital saint louis pour connaître la conduite à tenir retour à domicile du patient patient convoqué en consultation à Saint-Louis pour bilan hémopathie maligne diagnostic de maladie de Hodgkin stade II sus diaphragmatique défavorable en raison de syndrome inflammatoire avec anémie prise en charge adaptée	la coordination des soins est primordiale dans la bonne prise en charge des patients il reste encore beaucoup de progrès à faire pour coordonner les soins et ainsi optimiser la prise en charge des patients
Trace 23	prescription d'un traitement symptomatique explorations radiographiques délais de 5 mois avec consultations itératives médecin généraliste et gastro-entérologue après 6 mois, hospitalisation, réalisation d'une coloscopie et d'un bilan biologique mise en évidence d'une hypothyroïdie	une couverture sociale aurait évité à la patiente un retard diagnostic : l'erreur médicale (absence de prescription de TSH) aurait pu être démasquée plus tôt en suivant les recommandations officielles l'interne ne serait pas passé à côté du diagnostic gérer l'erreur implique pour le soignant d'être formé sur le sujet
Trace 24	suspicion diagnostic différentiel de l'ascite devant le caractère douloureux de l'abdomen prescription d'une échographie abdominale qui révèle un épanchement abdominal prescription d'un scanner abdominal	l'erreur peut intervenir à tous les stades de la prise en charge médicale et elle est liée à un certain nombre de facteurs intrinsèques liés au médecin l'erreur induit une situation relationnelle spécifique avec le patient qui menace le praticien dans tous les cas instaurer le dialogue avec le patient aide à désamorcer la

	<p>diagnostic de rupture de tumeur orientation au bloc opératoire en urgence</p>	<p>situation l'erreur crée chez son auteur un besoin de verbaliser l'erreur peut détériorer les relations entre soignants, mais peut aussi aider à modifier les pratiques le médecin peut devenir la deuxième victime de son erreur</p>
Trace 25	<p>re-consultation du patient le lendemain pour persistance des symptômes reprise du dossier par le sénior qui se rend compte de l'erreur commise angio-TDM thoracique met en évidence une embolie pulmonaire distale bilatérale transfert du patient en cardiologie</p>	<p>la pression, le stress, et la nécessité d'aller vite dans son travail sont des facteurs prédisposant à l'erreur rester systématique et prendre comme base de raisonnement les diagnostics potentiels plutôt que les résultats d'examen complémentaires peut permettre d'éviter l'erreur il faut toujours réfléchir à l'intérêt d'un examen prescrit notamment mettre en balance le diagnostic suspecté et le délais d'obtention du résultat de l'examen verrouiller au mieux les situations pour éviter l'erreur à tout prix risque d'aboutir à une pratique de la médecine « parapluie » faire preuve d'humilité, rester sur nos gardes, accepter les limites de notre profession, sont des moyens de dépasser l'erreur trouver une oreille bienveillante en particulier auprès d'un confrère est d'un secours certain</p>
Trace 26	<p>proposition d'une étude systématisée avec fort niveau de preuve afin d'adapter l'offre de soins de sorte qu'elle soit moins souvent la cause d'une re-consultation</p>	<p>connaître ces spécificités peut aider à travailler en amont pour éviter qu'une deuxième consultation soit nécessaire</p>
Trace 27	<p>sortie d'hospitalisation avec traitement symptomatique pour constipation et psychothérapie pour trouble de la relation mère/enfant, avec intervention du chef de service pour convaincre la mère de la véracité du diagnostic porté re-consultation aux urgences de Trousseau, sortie sous traitement identique nouvelle consultation aux urgences de Trousseau, échographie abdominale, mise en évidence de tumeur de vessie les parents portent plainte</p>	<p>la faute sera d'autant plus grave que le médecin se sera éloigné dans sa démarche diagnostique des recommandations le médecin n'est soumis qu'à une obligation de moyen</p>
Trace 28	<p>chef de médecine reçoit la patiente en salle il appelle l'interne pour avoir des explications il réoriente la patiente vers l'unité de soins intensifs après 24 heures, la patiente est admise en salle de médecine interne</p>	<p>en prenant en compte le risque de BU faussement négative, notamment avec la prise de cramberry par la patiente, l'interne de garde aurait sûrement envoyé un ECBU</p>
Trace 29	<p>bon diagnostic d'embolie pulmonaire posé par le sénior ayant repris le dossier  diagnostic d'embolie pulmonaire confirmé le lendemain matin par la scintigraphie le senior se rend compte que l'anticoagulation n'a pas été prescrite et reprend</p>	<p>le manque de formation et la crainte des conséquences sont des freins à la déclaration d'erreurs médicales les erreurs médicales s'en trouvent moins bien gérées (attentes des patients, relation de confiance altérée) une prise en charge collective de l'erreur plutôt que personnelle par son</p>

	<p>son interne de façon pédagogique  prescription de l'anticoagulation  bon dénouement, pas de conséquences pour la patiente</p>	<p>auteur peut aider à contourner ces freins</p>
Trace 30	<p>solution à adopter par l'interne :</p> <p>Laisse parler le patient  Incite le patient à s'exprimer  Reconnait le dommage  Exprime des regrets  Formule des excuses  N'autorise pas le patient à lui manquer de respect  Explique l'erreur faite (n'a pas vu l'allergie à la Pénicilline écrite dans le dossier)  Propose à la patiente de poser les questions qu'elle souhaite  Explique à la patiente que le système d'alerte du logiciel va être modifié, ou autre modification des dossiers médicaux  Trace l'annonce de l'erreur dans le dossier : le dit à la patiente ou à l'examineur  Réexplique à la patiente que la pénicilline peut se trouver dans des médicaments de noms différents  Souligne la nécessité d'y penser en cas d'auto médication (par exemple en lisant les notices)  Propose une carte à conserver sur elle avec les noms des médicaments auxquels elle est allergique  Incite la patiente à signaler systématiquement qu'elle est allergique à la pénicilline lors de toute prescription  Elargit la consigne précédente (signaler l'allergie) à ses propres prescriptions :  « J'ai noté dans votre dossier que vous étiez allergique mais rappelez-le moi quand même à chaque fois. »  Propose un traitement (arrêt de l'Augmentin ; éventuellement : changement par un autre antibiotique, prescription d'anti histaminique)  Propose un suivi pour l'éruption : « Rappelez-moi en cas de persistance ou d'aggravation »</p> <p>conséquences pour le patient :</p> <p>IMPRESSION DE L'ACTEUR : de 0 (je n'ai plus confiance dans ce médecin, peur) à 5 (J'ai confiance, il m'a bien expliqué ce qu'il s'est passé)</p>	<p>un bon apprentissage de cet exercice est nécessaire dans la formation d'un médecin</p>

## 1.4 Questionnements, problématiques évoquées

	Questionnements	Problématiques évoquées
Trace 1	aurais-je dû réagir et modifier ma prise en charge plus tôt ? avais-je les connaissances et l'expérience nécessaires ? dans quelles mesures m'était-il possible de dépasser l'avis des spécialistes et des supérieurs hiérarchiques, dans quelles mesures m'était-il possible en tant qu'interne de remettre en question les résultats d'un examen complémentaire ?	quels sont les erreurs de prise en charge commises? plus précisément comment différencier érysipèle et fasciite nécrosante? les examens complémentaires prescrits étaient-ils appropriés? quelle perte de chance pour le patient? quels risques en terme de complication ? à quel point la responsabilité du praticien est-elle engagée? qu'en est-il de celle des spécialistes consultés questions générales sur la prise en charge des infections cutanées et des tissus mous place du traitement préventif qui aurait pu éviter tout ce parcours au patient
Trace 2	quelle définition de la dissection aortique ? comment en faire son diagnostic clinique et para-clinique ? comment ne pas la confondre avec un lumbago ? quel en est le traitement ? L'importance d'agir vite, de ne pas perdre de temps avec une « errance diagnostique »	que faire lorsqu'on est sur de son diagnostic mais qu'on fait face à un supérieur hiérarchique qui s'y oppose ? plus encore lorsque ce dernier agit de façon méprisante ? que faire lorsqu'on a la sensation d'être le seul alerté par une situation qu'on juge grave ?
Trace 3	quelles sont les erreurs médicales les plus fréquentes ? sont-elles souvent évitables ? quels en sont les facteurs contributifs ? quelles sont les causes de l'erreur médicale relatée ? comment chaque barrière à l'erreur a-t-elle été franchie ? comment continuer à exercer avec le sentiment de culpabilité ?	comment vivre avec l'erreur ? comment dépasser le sentiment de culpabilité ? quel travail permet de transformer l'erreur en événement enrichissant ? pourquoi aucun réconfort trouvé auprès des responsables du service ?
Trace 4	pourquoi la raideur de nuque n'a-t-elle pas été constatée plus tôt ? sans quelle mesure l'absence de fièvre et de trouble du transit devaient faire reconsidérer le diagnostic ?	était-il possible de faire le bon diagnostic plus tôt ? comment improviser une consultation d'annonce dans un box des urgences ?
Trace 5	quelle est la prise en charge standard d'une bartholinite? antibiothérapie seule? soins locaux? chirurgie? quelles sont les complications des infections cutanées? quels en sont les facteurs favorisant?	comment faire face à un sénior qui persiste après discussion dans ce que nous pensons en tant qu'interne être une erreur médicale ? savoir et oser mettre en doute le diagnostic d'un supérieur hiérarchique, savoir trouver les solutions qui font le moins perdre de temps et de chance à la patiente
Trace 6	qu'est-ce qu'une erreur médicale ? comment réagir face à l'erreur médicale ? comment l'erreur médicale devient-elle enrichissante ?	comment faire face à l'erreur partagée ? comment une transmission entre praticiens peut être source d'erreur ? limites entre confiance à un collègue et conscience professionnelle, jusqu'où faut-il vérifier le travail des autres ? l'erreur décrédibilise, réaction face aux regards d'un confrère, d'un supérieur
Trace 7	comment l'erreur a-t-elle pu être possible ? dans quelle mesure les plaintes de la patiente ont-elles été sous	dans quelles mesures doit-on se fier au caractère probable au non d'un diagnostic évoqué ?

	estimées ? quelle part de l'influence des médecins en positions hiérarchiques fortes, de part le fait qu'ils aient banalisé les symptômes ?	comment combiner cela avec le coût que peuvent engendrer des investigations ? difficulté de s'opposer à l'avis d'un médecin en position hiérarchique forte tendance naturelle d'un interne au début d'internat à « se décharger » sur une sénior
Trace 8	comment un bon répertoire de correspondants aurait pu aider le médecin à mieux gérer l'urgence une fois le diagnostic urgent posé ? comment gérer des symptômes sans diagnostic posé ? comment diagnostiquer et prendre en charge l'AOMI ?	difficulté d'une situation dans laquelle nous n'arrivons pas à poser de diagnostic que faire lorsque l'avis d'un spécialiste interrogé se révèle peu aidant ? comment réagir face à un diagnostic urgent posé tardivement ?
Trace 9	comment prendre en charge une douleur thoracique ? dans quelle mesure l'orientation IAO a-t-elle influencée l'interne dans ses mauvais choix ? comment reconnaître un sepsis sévère ? quelle prise en charge pour une pneumopathie qui évolue de façon défavorable après 48 heures ? comment communiquer avec un patient après une erreur médicale ? comment faire l'annonce de cette erreur ? comment ne pas céder à la tentation de dissimuler l'erreur ?	difficulté de la position d'interne de premier semestre surtout aux urgences communiquer après l'erreur est un savoir qui nécessite un apprentissage l'erreur est multi-factorielle
Trace 10	quels sont les facteurs qui ont amené l'interne à cette erreur pourtant facilement évitable ?	charge de travail inadaptée = source d'erreur l'erreur est traumatisante aussi vis à vis du regard des confrères / supérieurs
Trace 11	quelles difficultés pose le diagnostic de descellement prothétique ?	quelles sont les solutions lorsque le compte- rendu d'une imagerie ne révèle rien qui puisse expliquer une pathologie osseuse aiguë ? dans quelles mesures le sens clinique doit-il primer sur la « normalité » d'un examen complémentaire ?
Trace 12	à quel point pouvons-nous faire confiance à un collègue ? jusqu'où faut-il vérifier tout par nous-mêmes ? comment gérer une erreur partagée ? une prise en charge partagée est-elle source d'erreur ?	erreur médicale et information du patient erreur médicale et honte vis-à-vis des confrères erreur médicale et travail d'équipe
Trace 13	comment cette erreur assez facile à éviter a-t-elle pu être commise par l'interne narrateur ?	erreurs médicales et barrières à l'erreur apprentissage théorique / apprentissage pratique
Trace 14	cette erreur était-elle prévisible ? quel en a été le mécanisme ? quelles sont les conséquences de l'erreur, pour le patient, pour le médecin ? quel enrichissement peut apporter cette erreur ? comment ne pas la répéter ?	erreur médicale et rapports aux confrères : honte, perte d'estime information du patient sur l'erreur erreurs favorisées par situations anxiogènes faire face à l'erreur
Trace 15	quelle est la valeur didactique d'un presque événement ?	refus d'examen par les patients, que faire ? erreur médicale et presque événement transmissions médicales et erreurs

		multiplication des intervenants et multiplication des risques d'erreurs
Trace 16	qu'est-ce qu'une allergie ? comment en poser le diagnostic ? comment prendre en charge une allergie médicamenteuse ?	prescriptions médicales faites sous pression et erreur importance d'écrire ses prescriptions lorsque l'on est plongé dans le dossier du patient expérience des infirmières = barrage à l'erreur
Trace 17	comment les internes en médecine vivent-ils leurs erreurs médicales ? où les médecins vont-ils chercher leur soutien face à une erreur commise ? en cas d'erreur qui est responsable et dans quels cas ?	surmenage au travail et erreur erreur médicale et prescription informatisée prescriptions médicales et utilité pour le patient
Trace 18	comment prendre en charge une angine en médecine de ville ? comment s'utilise un streptatest ?	erreur médicale et préjugés sur les patients erreur médicale et préjugés sur les pathologies qui se présentent en consultation
Trace 19	quelle aurait dû être la bonne conduite face à une perfusion de KCL IV arrachée par la patiente ?	refus d'hospitalisation et troubles cognitifs prise en charge personne en fin de vie / personne en perte d'autonomie et absence de l'entourage et de la famille situation si difficile sur le plan des choix éthiques et thérapeutiques que même la prise de distance avec le cas ne nous permet pas d'avoir une idée plus tranchée sur la façon de mieux faire erreurs médicales pouvant facilement découler de ces situations difficiles
Trace 20	comment diagnostiquer une mononucléose ? comment la distinguer des diagnostics différentiels : phlégon péri-amygdalien, diphtérie	erreur diagnostic en cabinet privé faite par un interne donc par un étudiant erreur médicale facilement évitable évidence clinique et ses limites
Trace 21	quelle est la fréquence des erreurs médicales ? comment de plus en plus se fait ressentir chez les médecins une volonté de mener une réflexion sur l'erreur médicale ? Et chez les étudiants une volonté d'être formé sur le sujet ?	erreur médicale et responsabilité de l'interne face au sénior erreur médicale et couverture par le mensonge erreur médicale et rejet de la responsabilité sur l'autre
Trace 22	dans quelles mesures le réseau de soins permet-il de ne pas passer à côté des bons diagnostics ? comment définir la coordination des soins ?	presque-événement et auto-analyse par le praticien qui en est l'auteur : comment apprendre de cette catégorie d'erreur à travers un temps de réflexion ?
Trace 23	comment obtenir une aide financière de l'état pour les soins pour les patients les plus démunis ? en particulier l'Aide Médicale de l'Etat ? quels examens complémentaires auraient du être prescrits devant une constipation chronique ? comment gérer les émotions induites par l'erreur chez les soignants ?	examens complémentaires et erreur précarité du patient, focalisation du soignant, et erreur erreur médicale, démarche de prise en charge et références opposables
Trace 24	qu'est-ce que l'erreur médicale ? comment gérer les erreurs médicales ? quel peut être l'impact d'une erreur ?	erreur et confrère en position hiérarchique forte erreur et confiance en la prise en charge d'un confrère évidence diagnostique et erreur

		erreur et relations confraternelles
Trace 25	comment expliquer l'erreur médicale commise ? comment éviter une telle erreur en médecine ambulatoire ? comment continuer à travailler avec ses erreurs médicales ?	limites de la profession de médecin erreur et pression au travail erreur médicale et attitude des confrères place des examens complémentaires face au risque d'erreur
Trace 26	quelles sont les spécificités des motifs de re-consultation et des profils des patients consultant une deuxième fois ?	erreur médicale et son reflet dans la re-consultation pour un même motif
Trace 27	comment apprécier la faute d'un médecin lorsqu'il commet une erreur diagnostic ? quand la responsabilité professionnelle est-elle engagée ?	erreur médicale et re-consultation d'un patient pour un même motif erreur médicale et relation médecin-patient erreur médicale et qualité de la communication
Trace 28	quelles sont les causes de BU faussement négatives ? quels sont les rapports qui existent entre le cramberry et les infections urinaires ?	erreur médicale et surcharge de travail erreur médicale et communication entre soignants erreur médicale et travail d'équipe : gérer un manquement d'un confrère
Trace 29	quel rendu épidémiologique pour nos erreurs médicales ?	erreur médicale et vécu affectif erreur médicale et variabilité de la perception de celle-ci par son auteur erreur médicale et relations confraternelles : image de soi donnée par une erreur dont on est l'auteur
Trace 30	au travers d'un cas simulé, voir comment les internes de médecine générale gèrent-ils leur erreur, et les former à cet exercice	erreur et sa gestion erreur et relation de confiance avec le patient

### **1.5 Eléments narratifs : Mots et phrases clés**

Trace 1	<p>« Nous aurions pu nous apercevoir un peu plus tôt de la présence de signes cliniques de fasciite nécrosante »</p> <p>« Sur le plan général le seul échec de l'antibiothérapie initiale aurait du nous alerter++ »</p> <p>« Après la synthèse des recherches, je n'ai pas trouvé de réponse à cette question »</p> <p>« je pense que le simple fait que les spécialistes soient passés voir le malade nous a complètement enlevé notre sens critique sur la situation »</p> <p>« L'analyse de ce cas et la recherche que j'ai effectuée dans la littérature m'aura permis d'acquérir des connaissances pratiques et théoriques »</p> <p>« Je crois que le sentiment qui nous envahissait tous à ce moment mais que personne n'exprimait était de la culpabilité. »</p>
Trace 2	<p>« Bon, en tant que premier semestre, novice, seul face au cardiologue de garde qui gère l'USIC, je me tais »</p> <p>« Prêt à me passer un savon, je lui fais face en lui disant que je vais inscrire dans le dossier informatique que moi je conclus à la dissection et que lui la réfute »</p> <p>« Le cardiologue ne s'est pas même excusé »</p> <p>« Que faire lorsque l'on est convaincu d'une chose et que les personnes qui sont censées vous enseigner vous méprisent et vous remettent à votre place sans prendre le temps de vous opposer une quelque argumentation »</p> <p>« lorsqu'on vous affirme que ce que vous pensez est faux, vous finissez par y croire »</p>
Trace 3	<p>« Je me suis ensuite attaché à rédiger le CRH de Mme @@@. L'exercice n'était pas simple car je devais rester objectif et ne pas réaliser un document en fonction des évènements post hospitaliers. Toutefois, j'avais conscience de l'importance de ce CRH, qui serait étudié dans ses moindres détails s'il existerait des suites medico-légales à cette histoire. Je n'ai pas cherché à savoir si mes chefs y ont apporté des modifications par la suite. »</p> <p>« Ne pas hésiter à contredire les affirmations d'un médecin en situation hiérarchique forte »</p> <p>« étrangement, alors que cette histoire constituait ce que je considérais jusqu'à présent comme « le type d'évènement qui peut briser une vocation », j'ai poursuivi mon travail, mes gardes, mes visites... comme si de rien n'était. »</p> <p>« Cela m'a permis de sortir de la culpabilité qui était restée mienne d'avoir continué à exercer »</p> <p>« j'ai dysfonctionné par crainte de l'opposition avec ma hiérarchie principalement. »</p> <p>« Mais je décide de surseoir à l'examen pour trois raisons(...)</p> <p>La troisième est que je crains la réaction de l'urgentiste (Dr ROSS) qui a estimé la patiente stable et passable en salle ainsi que celle de mon chef (Dr DEGARDE) qui l'a examinée une heure auparavant et l'a acceptée dans le service, sachant que si je lui fait réaliser un TDM en urgence, la patiente devra retourner dans le bloc d'urgence »</p> <p>« Enfin, et il s'agit en fait d'une quatrième raison qui m'a fait surseoir à l'examen, je dois admettre que le contact avec la patiente m'a semblé particulier, avec, il me semblait une exagération de la symptomatologie, un peu de théâtralisme »</p>
Trace 4	<p>« Plusieurs éléments, auraient pu permettre une remise en cause plus précoce du diagnostic de GEA »</p> <p>« De plus, j'ai eu comme avantage par rapport à mes confrères d'avoir un élément clé : l'évolution »</p>
Trace 5	<p>« Elle se contorsionne dans son lit, ne tient pas en place et répète qu'elle a mal. Elle ne «devrait pourtant pas souffrir autant avec un abcès fistulisé »</p> <p>« Je pose la question de l'indication d'un traitement chirurgical : pas d'indication selon lui, les antibiotiques sont suffisants, l'abcès est déjà évacué par fistulisation. »</p> <p>« L'envie de ne pas croire mon interlocuteur est forte... »</p>
Trace 6	<p>« Je me sens très coupable, et peu crédible vis à vis du neurologue. Mon premier réflexe est de penser que ce qui est arrivé n'est pas de ma faute, mais que c'est l'interne qui a oublié la primo prescription qui est à blâmer. Puis je me dis qu'un comportement de cours de récréation ne m'aidera pas à mieux prendre en charge le patient ni à me faire respecter du neurologue, et que l'important est de trouver des solutions pour réparer cette erreur. Je décide d'assumer et je</p>

	<p>dis au neurologue que le gardénal a été oublié. »  « il faut avoir le courage de partager l'expérience des erreurs »  « Etant d'une nature peu sûre de moi, je pense que j'aurais eu du mal à retrouver confiance en moi pendant quelques temps. »</p>
Trace 7	<p>« A la fin de la matinée, je parle de la patiente à ma chef de clinique. Je lui évoque la possibilité de fracture vertébrale mais elle me rassure en me disant que les reculs du mur postérieur avec compression médullaire sont rarissimes voire inexistantes sur fracture d'os non pathologique (non tumoral). Elle précise que la douleur peut tout à fait expliquer le déficit moteur modéré de la patiente. »  « Le praticien hospitalier, pressé, ne l'examine pas, et nous finissons la visite rapidement sans changer la prise en charge de la veille. »  « Dès son retour dans la service, je m'entretiens avec la patiente pour lui expliquer le caractère exceptionnel de cette évolution, et le pronostic fonctionnel associé. Je veux également évaluer son état psychologique.  Elle comprend très bien la situation, a refusé l'intervention de façon délibérée ("à 83 ans, ce n'est pas raisonnable cette opération"). Je la trouve étonnamment sereine; apparemment assez croyante, elle prend les choses avec beaucoup de fatalisme : "c'est ainsi que les choses devaient se passer". A aucun moment elle ne remet en cause notre prise en charge médicale. »  « Avant son départ pour le centre de rééducation, chaque visite dans sa chambre était douloureuse pour moi, puisqu'elle me mettait face à mon erreur diagnostique. J'en ai reparlé avec ma chef, qui m'a déculpabilisée en me rappelant le caractère exceptionnel de la situation. Je me rassure aussi en me disant qu'un diagnostic plus précoce n'aurait très probablement pas changé l'attitude thérapeutique (l'abstention). »  « Pour autant, je ne suis pas sereine face à cette histoire. »</p>
Trace 8	<p>« je cherche à savoir ce qu'elle sait, ce qu'on lui a dit, comment, et ce qu'elle a compris... »  « Devant un examen vasculaire ancien (2008), j'ai plus ou moins écarté cette hypothèse : c'est mon erreur! »</p>
Trace 9	<p>« Vendredi, en plein « rush » du soir, après une semaine épuisante »  « Je pensais qu'une douleur reproductible à la palpation orientait uniquement vers une douleur pariétale ce qui n'est pas toujours le cas !  J'avais également du mal à comprendre qu'une pneumopathie puisse donner des douleurs thoraciques mais il fallait le voir pour le croire, aux dépens de ma patiente.  Ma prise en charge est maintenant systématique devant une douleur thoracique comprenant au minimum un ECG et une radiographie de thorax quelque soit l'auscultation pulmonaire »  « Je n'ai pas pu lui parler, ne sachant vraiment pas comment me comporter face à elle. »  « Ayant maintenant des éléments de réponse pour communiquer après le dommage causé, je pense que j'aurais du faire ainsi : »  « Embêtée et désolée par la situation, je fais régulièrement des allers retours au déchoquage pour voir comment évolue la patiente, en jetant un coup d'œil à son scope sans vraiment lui adresser la parole »</p>
Trace 10	<p>« C'était toujours la panique dans le service et je passais mes journées à courir partout pour pouvoir prendre en charge correctement mes patients, je finissais tous les soirs vers 20h30. »  « En effet , le stress, les mille choses à faire pour les patients(avis à demander, examens à programmer...), le dérangement par les infirmières et les familles ainsi que de ne pas avoir accès au bilan le matin en faisant mon tour...à fait que son hyponatrémie m'a échappée. »  « Je crois que cette histoire restera à jamais gravée dans ma mémoire. »  « Dans ma pratique en médecine de ville, cette expérience m'a beaucoup aidée à m'organiser pendant mes consultations »  « Je m'en suis beaucoup voulu et ce qui m'a le plus perturbée (après la gravité de la situation pour ma patiente) c'est d'avoir perdu la confiance de mon chef, qui a décidé de regarder les bilans tous les jours avec moi. »  « J'avais honte de moi, j'étais au bord des larmes »  « je me suis sentie vraiment nulle, car cette erreur était facilement évitable »  « Ces deux paramètres m'ont aidé à surmonter cet échec qui je crois aurait été beaucoup plus difficile si la patiente avait eu des séquelles »</p>

Trace 11	<p>« Que faire pour prévenir secondairement ce genre d'erreur médicale ? »  « Grande prudence vis-à-vis de la rédaction des comptes-rendus radiologiques + »</p>
Trace 12	<p>« A son retour dans notre service, je suis allé expliquer à Mr B qu'il serait transféré en réanimation, en lui disant que des résultats de sa prise de sang sont arrivés tard et montre une aggravation de son insuffisance rénale, et qu'il doit donc être hospitalisé en réanimation pour une dialyse. »</p> <p>« Peu après, le senior m'a dit que j'aurais dû vérifier la biologie du patient, il m'a donné des conseils pour travailler plus vite, il a précisé que ça ne servirait à rien de me réprimander, et il finit en me disant que j'ai eu de la chance que l'état de Mr B ne se soit pas aggravé. Heureusement, ce n'était pas mon premier jour et j'avais déjà fait preuve de sérieux et d'implication dans mon travail ! »</p> <p>« Quelques semaines plus tard, lors de mon retour au service porte, une patiente présentée comme hospitalisée pour diarrhée avec déshydratation avait, dans le bilan réalisé cette nuit-là une hémoglobulinémie à 7 g/dl. Grâce à ma vérification, elle a pu bénéficier d'une transfusion en urgence. »</p> <p>« Je n'en ai parlé à aucun de mes amis internes, car j'ai un peu honte d'avoir commis cette erreur. Par ailleurs, mes amis ne me parlent jamais de leurs erreurs »</p> <p>« personne ne veut montrer la moindre faiblesse, sous peine de risquer d'être déconsidéré. D'ailleurs lors de mon externat, un chef de service de rhumatologie m'a dit : " en médecine, l'important, ce n'est pas tellement de soigner les patients, c'est surtout de ne pas passer pour un idiot devant les autres médecins" »</p> <p>« Ce cas montre la difficulté à travailler en équipe dans l'urgence, car il faut à la fois se fier au travail des collègues, et quand même vérifier qu'il/elle n'a pas fait d'erreur qui pourrait causer du tort au patient. »</p>
Trace 13	<p>« incompetence de n'avoir pas vérifié tant que le doute persistait »</p> <p>« On peut douter, ne pas savoir, tomber sur des notices parfois peu claires, ne pas avoir d'expérience, mais il faut, je pense, s'acharner à être sûr dans ce type de circonstances, et faire contre vérifier, mais de manière indépendante »</p> <p>« Pour conclure sur ce souvenir, l'erreur est souvent mal vécue, mais elle permet aussi de transformer un doute honteux en une expérience didactique nécessaire à l'amélioration de la pratique quotidienne. »</p>
Trace 14	<p>« Et cela fait déjà 10 minutes qu'ils sont dans ce cabinet. Je n'ai toujours pas fait grand-chose. En plus comme je suis anxieuse je ne parle que très peu. A leur place je ne serai pas rassurée... Et puis ça n'a pas l'air bien difficile enfin. Une injection sous cutanée. Je ne vais quand même pas déranger mon praticien pour ça ... »</p> <p>« Mais maintenant que faire... Le dire à mon praticien ? J'ai honte. Et puis si ça ne prête pas à conséquence, pour quoi faire ? »</p> <p>« J'ai honte, c'est pour ça que je n'en parle pas. Et puis j'ai peur, et si jamais il y avait des conséquences pour Georges ? De toute façon maintenant c'est trop tard. Je mets ça au placard et n'en parlons plus. J'ai toujours l'angoisse de voir Georges et son père pousser la porte du cabinet... Ou que mon praticien me parle d'un cas bizarre... mais celle-ci s'estompe au fur et à mesure. »</p>

	<p>« Après cet échange je me sens enfin libérée. Mon erreur n'est pas oubliée pour autant, mais je suis prête à passer à autre chose, et j'espère que lorsque je me retrouverai dans une situation similaire je serai capable d'éviter les mêmes écueils. »</p> <p>« il faut que j'apprenne à assumer mes petites erreurs, pour pouvoir assumer, en cas de besoin, une plus grosse erreur »</p> <p>« C'est la panique dans ma tête »</p>
Trace 15	<p>« En somme, j'ai déclaré quelqu'un mort alors qu'il est bien vivant, et j'ai failli appelé une famille pour leur dire que leur père ou leur mari était mort... et si la famille avait débarqué ? et si le patient était descendu à la morgue sous cette fausse identité ??? et si et si... »</p> <p>« En réalité, c'est une multiplication d'intervenants, de lieux (radiologie, laboratoire..) ou chaque intervenant dans la prise en charge du patient est un facteur potentiel d'événements indésirables. »</p>
Trace 16	<p>« Cette expérience m'a fait prendre conscience que l'efficacité prime sur la rapidité même aux urgences. Depuis je vérifie scrupuleusement toutes mes prescriptions avant de les écrire. »</p>
Trace 17	<p>« Mais j'ai du mal à regarder les clichés et suivre les commentaires du radiologue. Mes pensées se focalisent sur l'erreur que je venais de commettre. Comment ai-je pu faire preuve d'une telle inattention ? Comment ai-je pu faire autant confiance au logiciel de prescription sans remettre en cause ce qu'il me proposait ? »</p> <p>« Il est vrai que c'est une période plutôt difficile et stressante, avec 12 patients à prendre en charge et des pathologies particulièrement lourdes. A tout cela s'ajoute aussi la fatigue suite aux gardes et aux astreintes »</p> <p>« Mon cœur se met à battre de plus en plus vite à la lecture de cet article, je sens mon estomac se serrer... »</p> <p>« Une prescription que je venais de faire pour que nous, soignants, ayons la paix. Je me rends compte à quel point ma prescription est purement égoïste ! »</p> <p>« <i>Et je tiens aussi à remercier le Dr S., qui a été compréhensible à mon égard, ne m'a jamais reproché quoi que ce soit et m'a au contraire soutenue.</i> »</p>
Trace 18	<p>« « S'il vous plaît docteur, donnez-moi des antibiotiques ! » me dit-elle avant même que je l'examine, ce qui a le don de m'agacer, moi et tous mes co-internes ! Nous avons été littéralement nourris ces dernières années au slogan « les antibiotiques, c'est pas automatique ! » et ça marche, même un peu trop bien ! »</p> <p>« Ce cas très simple d'erreur médicale, et qui n'a pas prêté à conséquence (la patiente a juste précisé à la secrétaire qu'il était hors de question qu'à l'avenir elle soit vue par les stagiaires), m'a pourtant fait beaucoup réfléchir et a modifié mon attitude et mes réactions face aux patients. J'espère avoir acquis un peu d'humilité et j'essaie de ne plus m'exaspérer pour de petites choses. Je passe outre, je relativise, j'essaie de ne pas me laisser exaspérer. »</p>
Trace 19	<p>« Cette réunion n'avait pas pour but de juger les erreurs commises, car clairement la prise en charge de Mme B n'a malheureusement pas été parfaite. Mais elle a permis de pointer les problèmes rencontrés et surtout de trouver des solutions concrètes afin d'éviter de reproduire les mêmes erreurs dans le futur »</p> <p>« Même après avoir vécu cette situation je ne saurais toujours pas comment réagir si je me retrouvais de nouveau face à un cas aussi difficile à gérer. »</p> <p>« Et je ne juge pas ce qu'a fait l'interne de garde car j'aurais peut être fait la même erreur »</p>

	« Dans ce cas l'utilisation des perfusions sous cutanées va être abordé lors des cours faits aux internes à partir du semestre prochain, en espérant que cette erreur ne se reproduise plus... »
Trace 20	« Deux jours plus tard, Mehdi et sa mère affolée, reviennent au cabinet parce que Mehdi ne va pas mieux, bien au contraire. »  « Aussi, j'appelle mon chef pour lui exposer la situation et m'assurer de la justesse de la PEC en urgence. Il me pose deux questions : « il a beaucoup de ganglions ? » « Ce n'est pas une mononucléose ? » »
Trace 21	« Non satisfaite de cette réponse, j'insiste pour qu'il vienne revoir le patient avec moi. Il réinterroge le patient en ma présence, les informations sont globalement les mêmes que celles que j'ai obtenues précédemment. On sort de la salle d'examen, il me dit de mettre des IPP (inhibiteurs de la pompe à protons) en attendant les résultats du bilan que j'ai prescrit puis s'en va sans rien dire de plus. Je reste assez perplexe sur le fait que mon sénior ne soit pas aussi inquiet que moi et semble s'orienter vers une origine digestive mais je me dis qu'il a plus d'expérience que moi et que c'est son avis qui compte. Je n'écris pas dans le dossier l'avis oral donné par mon sénior. »  « J'en reste bouche bée. Je suis encore tremblante d'inquiétude concernant le devenir du patient, prise de remords de ne pas avoir persévéré dans mon intuition diagnostique initiale et le fait de savoir que notre sénior a pris le parti du mensonge m'achève. »  « L'anecdote fait rapidement le tour de tout le personnel des urgences, du service de réanimation et de celui de cardiologie. On l'impression que tout le monde nous regarde d'un mauvais œil dans les couloirs. »  « Ni ma cointerne ni moi n'osons directement prendre des nouvelles du patient. »  « On doute de nous-mêmes et de nos prises en charges des patients. Je sais que la situation est aussi pesante pour elle que pour moi car nous pleurons souvent en stage pendant les trois semaines qui suivent »  « J'avais la conviction à ce moment, que l'analyse de mon supérieur hiérarchique, plus expérimenté, ne pouvait qu'être plus juste que le mienne »
Trace 22	« 1) Aurais-je pu passer à coté du diagnostic?? OUI, car je n'avais pas examiné les aires ganglionnaires initialement. Je ne savais pas sur quelle étiologie me baser en sortant du box. Je n'avais pas du tout pensé à examiner les aires ganglionnaires. »  « Je sors du box sans trop savoir quoi penser de l'étiologie de sa perte de connaissance. »
Trace 23	« En effet, dans le cadre de l'erreur médicale, le patient n'est pas la seule victime. Le médecin ressent cette situation comme un échec personnel. C'est une situation délicate, honteuse même. »  « Je me suis vraiment sentie ridicule lorsque j'ai lu le compte rendu d'hospitalisation. Ce diagnostique si simple, je ne l'avais pas évoqué !!! »
Trace 24	« A cet instant, j'ai cru que tout s'effondrait...Premier jour, premier senior et pas n'importe lequel, première impression...Je me sentais à la fois coupable et incompétente mais surtout je ne comprenais pas ce qui s'était passé »

	<p>« Le patient était venu pour son ascite pourtant et c'est son médecin référent, un gastro, qui en a fait le diagnostic, comment cela se fait-il qu'il puisse se tromper ? Pourquoi je n'ai pas mis en doute sa parole ? Ai-je mal examiné ou plutôt dans la précipitation ? Comment aurai-je pu éviter un diagnostic tardif ? A cet instant précis, aller revoir le patient ne m'a pas traversé l'esprit, j'avais honte... même toutes les explications lui ont été données par le senior et le chirurgien. »</p> <p>« 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. »</p> <p>« il s'agit d'une situation relationnelle spécifique, éprouvante et délicate, puisque très impliquante voire menaçante pour le médecin. »</p>
Trace 25	<p>« Je me sentais vraiment coupable, car un oubli aussi évident, et aux conséquences potentiellement aussi graves, me paraissant inexcusable sur le coup. J'étais certes soulagé que le patient n'ait pas trop pâti (a priori) de ce retard de diagnostic, mais je ne pouvais m'empêcher d'imaginer que le pire avait été évité de justesse. Que ce serait-il passé si le patient était décédé en rentrant chez lui ? Les pires hypothèses me traversaient l'esprit : allais-je être mis en cause ? Mon stage allait-il être invalidé ? Allais-je avoir affaire avec la justice ? Allais-je devoir arrêter la médecine ? Irai-je en prison ? Etc..</p> <p>Une forte angoisse m'a alors envahi, remettant en cause mes compétences en tant que médecin, aussi bien que mon avenir personnel...</p> <p>Heureusement, l'empathie et la bienveillance dont mon senior a tout de suite su faire usage m'ont permis de relativiser cette erreur, et de surmonter le poids de mon sentiment de culpabilité. »</p>
Trace 26	<p>« Les patients qui reconsultent pour un même motif aux urgences sont le plus souvent mal accueillis par le personnel qui les a pris en charge, lequel se pense confronté à son propre « échec ». »</p> <p>« Il faudrait étudier plus particulièrement cette entité qu'est la « reconsultation précoce », différente en qualité et en quantité des consultations tout venant des urgences. Elle pose un problème organisationnel et de santé publique en terme de coût financier et humain. »</p>
Trace 27	<p>« le mécontentement de la maman était non seulement lié à la prise en charge de l'enfant mais aussi à une mauvaise communication entre la famille et l'équipe de soins... pourtant gage de qualité des soins !!! »</p> <p>« Devant l'évidence ainsi que la bénignité du diagnostic, nous avons tenté de minimiser les symptômes de l'enfant et tenté de faire comprendre à la maman que son comportement entretenait la symptomatologie. Le dialogue a été très compliqué et le chef de service a dû intervenir. »</p>
Trace 28	<p>« L'erreur est humaine, nous en faisons la plupart du temps sans nous en rendre compte, le tout est d'apprendre de ses erreurs , et ne pas les réitérer. Réfléchir sur ses erreurs permet d'améliorer sa pratique. »</p> <p>« Je me suis effectivement sentie coupable de ne pas avoir revu la patiente entre 12h et 15h. En tant qu'internes, particulièrement dans un service d'urgences, nous sommes extrêmement sollicités. La salle d'attente est pleine à craquer. Entre les enfants à suturer et les urgences vitales , nous ne savons plus où donner de la tête. C'est au détriment des patients déjà vus avec un diagnostic posé et un traitement adapté débuté qui ne sont pas toujours suffisamment surveillés avant de monter dans les étages. »</p>
Trace 29	<p>« Voila, l'histoire est finie !!!</p> <p>Je la raconte à mon binôme avec nonchalance, un peu détachée de l'histoire.</p>

	<p>Je lui développe cette histoire parce que je sais que c'est une faute. Mais l'ayant faite avec ma chef et le fait qu'il n'y a pas eu de préjudice pour la patiente, je ne m'étais pas du tout auto-flagellée, ni même vraiment remise en question (contrairement à tous mes co internes qui ont raconté leur erreur pendant le cours....). »</p> <p>« Puis vient le moment où chacune de nous doit raconter l'histoire de sa voisine. Elle raconte mon histoire et quand arrive le passage où elle dit que nous n'avions pas introduit le traitement par anti-coagulation curative dans l'attente de l'examen et du résultat, j'entends des « hannnnnnn » de la part de mes collègues qui assistent au cours. Vous comprendrez mon étonnement, toute cette indignation pour une simple anti-coagulation non mise sur une « légère » EP distale qui n'a même pas eu de répercussions. »</p> <p>« Je m'en veux. D'autant plus qu'il a fallu que mon histoire soit entendue par plusieurs personnes et surtout, il a fallu qu'elle fasse réagir (réaction indignée de mes camarades) pour que j'en men rende compte. »</p> <p>« Ce que j'en retiens ??? Un bon cours d'humilité et de remise en question »</p>
Trace 30	<p>« - Si le médecin vous parle d'allergie, vous lui demandez s'il y a un lien avec l'allergie à la pénicilline que vous lui aviez déjà signalée. S'il vous répond que c'est le cas, vous vous énervez et lui demandez comment il a pu oublier une chose pareille et vous le traitez « d'incapable »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si le médecin ne vous parle pas d'allergie, vous lui demandez « est-ce que ça peut être une allergie ? »</li> <li>- Si le médecin vous propose de changer par un autre antibiotique, vous lui faites part de vos craintes d'une nouvelle réaction cutanée.</li> <li>-Si le médecin ne vous en parle pas vous lui demandez à la fin de la consultation : « Comment faire pour que ça ne se reproduise pas ? » »</li> </ul>

## **1.6 Commentaires généraux, éléments pertinents**

	Commentaires généraux	Éléments pertinents
Trace 1	<p>récit très détaillé fait part de ses sentiments vécus durant l'évènement, puis des critiques avec recul importantes analyses théoriques et recherches sur la prise en charge qui aurait été adaptée reprise du récit point par point avec analyse rétrospective à la lumière des recherches effectuées bonne prise de distance qui permet une bonne analyse l'interne n'est pas le seul soignant impliqué dans l'erreur, d'autres soignants supérieurs hiérarchiques sont directement impliqués conclusion positive en termes de « leçons » tirées de l'erreur</p>	<p>erreur médicale non causée par une absence de moyens déployés pour le patient erreur médicale non individuelle, erreur d'équipes aucun manquement technique, simple retard de diagnostic</p>
Trace 2	<p>survenue lors d'une garde effectuée en premier semestre situation difficile avec des soignants en effectif réduit face à un flux de patients important situation nouvelle pour l'interne qui fait face à un cas médical jamais rencontré jusqu'alors bonne démarche de la part de l'interne</p>	<p>utilisation de l'outil informatique pour confirmer la suspicion diagnostique persévérance de l'interne malgré avis d'un sénior spécialiste contre son hypothèse diagnostique ressenti de l'interne = affrontement avec une équipe médicale absente et un spécialiste utilisation du chantage pour arriver à ses fins au final satisfaction d'avoir été au bout de sa démarche ne pas évoquer le diagnostic = faute médicale grave mais au delà perte de chance pour le patient surtout que traitement efficace</p>
Trace 3	<p>sentiment de traumatisme de l'interne très perceptible dans le récit l'interne mène une analyse approfondie de son erreur attitude opposée des internes et des seniors face à l'erreur: remise en question des internes avec échanges entre eux, aucune communication entre seniors en staff sur le sujet</p>	<p>pas de TDM en partie car crainte de la réaction des supérieurs hiérarchiques patiente légèrement « théâtrale » = frein à exploration pas de diagnostic au final décès de la patiente erreur à la fois de l'interne, du chef, et du sénior PH praticiens se rejettent l'un l'autre la responsabilité erreur vécue de façon différente par les différents intervenants impliqués, du traumatisme à la quasi-indifférence (mécanisme de défense?) l'interne a du rédiger le CRH après qu'il ait appris le décès de la patiente, exercice d'objectivité très difficile l'interne a cherché à savoir si il y a eu suite même après son départ du service</p>
Trace 4	<p>pas d'erreur de la part de l'interne l'interne fait le bon diagnostic mais doit faire face à l'annonce qui vient après un faux diagnostic rassurant répété à la mère de l'enfant 4 fois</p>	<p>peu de sentiments de l'auteur perceptibles dans le récit (pas d'erreur de sa part) conclusion en terme d'expérience pour une prochaine fois objectif et impartial dans les reproches que l'auteur formule à l'encontre des</p>

		autres médecins ayant examiné l'enfant avant lui
Trace 5	absence d'erreur de la part de l'interne ne s'attarde pas sur l'erreur dans le récit, le récit permet simplement de rebondir sur les recherches théoriques	l'interne ne blâme pas le praticien auteur principal de l'erreur, il/elle se focalise sur ce qu'il peut retenir de ce cas aucune analyse en terme de risque juridique dans la trace alors qu'il s'agit quand même d'un retard diagnostique pouvant être fatal
Trace 6	erreur sur le principe mais sans conséquences médicales, précisément un « presque événement » ou « near miss » vécu tout de même comme un événement indésirable duquel il faut tirer une leçon, surtout vis à vis des conséquences qui auraient pu être plus graves	erreur partagée entre plusieurs internes premier réflexe rejet de l'erreur sur co-interne correction de l'attitude avec reconnaissance par l'auteur de sa part de responsabilité l'erreur traumatise plus ou moins son auteur en fonction de son caractère (peu sur de lui?)
Trace 7	peu de recherches théoriques, centré sur le récit de l'erreur, et sur l'analyse de l'histoire évolution absolument défavorable sur le plan fonctionnel l'interne n'est pas le principal acteur de l'erreur mais focalise sur sa part de responsabilité pas d'information sur la réaction des autres médecins du service	le diagnostic avait été évoqué au début par l'interne, repoussé par le chef paradoxalement l'interne n'en parle pas et focalise sur sa part de responsabilité pas un mot sur un éventuel reproche au chef ayant repoussé le bon diagnostic conclut en terme de leçons à retenir pour une pratique future
Trace 8	plusieurs praticiens impliqués dans l'erreur : interne auteur de la trace et spécialistes correspondants peu d'informations sur la réaction de la patiente face à l'erreur, peu d'informations sur son degré de compréhension de l'erreur	patiente fataliste, pas d'accusation rapportée envers les médecins interne de SASPAS = situation différente d'un médecin installé dans un cabinet : pas de réseau personnel de correspondant développé l'auteur s'attarde peu sur son ressenti face à l'erreur, rapporte plutôt tous les efforts déployés pour corriger l'erreur
Trace 9	beaucoup de recherches documentaires l'auteur fait à la fois une recherche sur le motif de consultation à propos duquel l'erreur a été faite et une recherche sur la gestion de l'erreur reprise du récit avec analyse étape par étape à la lumière des recherches effectuées	interne affirme qu'elle a été l'entière responsable de l'erreur et de l'évolution défavorable pourtant participation du médecin traitant conclut en terme de résolutions pour une prochaine prise en charge
Trace 10	introduction sur les difficultés de l'interne rencontrées dans le service où l'erreur s'est produite pas de recherches documentaires erreur vécue comme traumatisante, en partie à cause de la confiance du sénior perdue par l'interne	l'absence de séquelles pour la patiente et l'absence de questionnements par la famille (car manque de compréhension) ont aidé l'auteur de l'erreur à surmonter le traumatisme
Trace 11	L'interne n'est pas l'auteur principal de l'erreur le radiologue est le principal auteur de l'erreur pas de renseignements sur les rapports entre confrères qui ont suivi, le radiologue a-t-il été informé de l'erreur ?	proposition d'une technique ou d'un mode d'organisation (conservation des imageries sur format numérisé) afin de pouvoir prévenir à l'avenir ce type d'erreur

Trace 12	écriture de la trace motivée par le séminaire sur l'erreur médicale à la faculté longue introduction sur les difficultés du service dans lequel l'erreur a eu lieu erreur facilement évitable avec pronostic vital engagé interne narrateur et co-interne sont tous deux impliqués dans l'erreur pas de recherche théorique	révéler au patient une erreur médicale est aussi une marque de franchise et montre d'une certaine façon que l'équipe médicale fait de son mieux conclusion en terme d'acquis pour une prochaine consultation pointe le fait que les erreurs sont souvent en pratique cachées aux patients les médecins parlent peu entre eux de leur erreur par crainte de passer pour incompetents, l'esprit élitiste qui règne pendant les études en est une raison
Trace 13	erreur de la part de l'interne et du sénior l'ayant aidé pas de recherche théorique	l'erreur permet de transformer un doute dont on a honte en une expérience didactique l'expérience de l'infirmière a été une barrière à l'erreur le doute et l'incompréhension d'un médecin face à une notice lui permettent de comprendre la situation amplifiée dans laquelle se trouve le patient face à un traitement
Trace 14	erreur liée à une première confrontation à un tel cas pas de consultation du maître de stage praticien non consulté car crainte de paraître incompetent aux yeux du patient et surtout de son père	honte et peur de parler de l'erreur au maître de stage peur de perdre la confiance du confrère / supérieur hiérarchique après débriefing ou groupe d'ED, ose en parler au maître de stage, réaction bienveillante et déculpabilisante du maître de stage stress de la situation accentué par le regard du parent groupe d'ED incite l'interne narrateur à assumer ses erreurs le médecin ne doit pas hésiter à apprendre du patient, le questionner, il n'y a pas de honte à cela
Trace 15	récit de 2 cas cliniques chacun est le récit d'un presque événement événements moins traumatisants, moins de connotation émotive et tout aussi enrichissants concernant la pratique à venir	l'interne narrateur liste l'ensemble des mesures qu'il met dorénavant en pratique pour éviter les erreurs similaires à celles qui ont failli se produire
Trace 16	erreur survenue en premier semestre pas de conséquences puisque l'allergie annoncée par la patiente n'en était pas véritablement une mais expérience dont il faut tout autant tirer des leçons pas d'informations sur le ressenti de l'interne narratrice face à son erreur	une erreur moins grave que ce qu'elle aurait pu être si l'allergie annoncée par la patiente en était vraiment une une expérience tout aussi riche pour la suite de la pratique médicale le travail sous pression est source d'erreur le travail en équipe peut faire barrage à l'erreur
Trace 17	aborde le sujet de l'erreur tant sur le plan du ressenti émotionnel que sur celui des responsabilités	erreur survenue dans un contexte de charge de travail particulièrement lourde et de fatigue due aux astreintes et gardes répétitives récit très complet avec dialogues rapportés attitude pleine d'empathie de la part de la sénior en charge de l'interne
Trace 18	erreur due à un excès d'assurance de la part de l'interne	une démarche de prise en charge sans faute et absolument conforme aux recommandations mais une erreur liée à un manque d'attention lors de la réalisation du test
Trace 19	analyse très complète des problèmes soulevés par la situation	l'entourage absent semble faire perdre le bon sens à l'équipe médicale

	<p>récit très complet plusieurs erreurs de bon sens médical mélangées à une erreur technique dont l'interne narrateur n'est pas l'auteur</p>	<p>l'interne narrateur n'émet pas de jugement sur l'erreur technique commise par l'interne de garde et affirme qu'il aurait très bien pu commettre lui-même cette erreur</p>
Trace 20	<p>pas d'information sur le vécu de l'erreur ni chez l'interne auteur de la trace, ni pour le patient et sa mère, ni pour le praticien maître de stage erreur qui était facilement évitable</p>	<p>rappels médicaux complets et bien organisés</p>
Trace 21	<p>erreur survenue aux urgences beaucoup d'informations sur le vécu émotionnel de l'erreur erreur principale non faite par l'interne narratrice, mais impliquée dans l'erreur erreur par excès de confiance en un supérieur hiérarchique qui aurait pu être évitée si l'interne avait été au bout de sa propre démarche diagnostique</p>	<p>devant des signes ECG rencontrés pour la première fois l'interne narratrice a le réflexe d'aller se documenter immédiatement sur internet bon diagnostic fait par l'interne, le sénior se trompe en négligeant le signe ECG l'interne pas assez sûre d'elle suit l'avis du sénior pas de prise de note dans le dossier de l'avis du sénior sentiment de culpabilité intense de la part des deux internes impliquées dans la prise en charge cours sur l'erreur médicale au département de médecine générale vécu comme salvateur, l'interne prend conscience que son cas est loin d'être isolé, ce qui l'aide à mieux vivre l'erreur</p>
Trace 22	<p>pas de réelle erreur médicale mais une auto-analyse qui met en évidence l'erreur qui aurait pu se produire en ce sens on peut parler de presque-événement</p>	<p>ce récit offre un exemple d'un des divers moyens qu'il est possible de mettre en place pour éviter l'erreur et lui faire barrage</p>
Trace 23	<p>erreur facilement évitable liée à une absence de démarche d'orientation diagnostique rigoureuse nombreux topos sur les divers sujets évoqués par le cas raconté</p>	<p>l'interne montre bien comment un oubli banal de prescription peut être à la source d'une erreur lourde de conséquences bon tour d'horizon des pièges classiques en médecine générale pouvant être source d'erreur</p>
Trace 24	<p>erreur survenue lors d'un premier jour de stage aux urgences erreur liée à une masse de travail inappropriée erreur réalisée par le gastro-entérologue avant que l'interne narratrice ne la répète le lendemain</p>	<p>très bonne analyse théorique sur l'erreur médicale montre bien comment l'auteur d'une erreur se trouve prisonnier de l'image qu'elle donne de lui, et à quel point nombreux sont les efforts à faire pour dépasser ce stade</p>
Trace 25	<p>trace très structurée analyse pratique très détaillée pas d'analyse théorique erreur commise comme souvent aux urgences, avec la pression spécifique à ce terrain d'exercice</p>	<p>malgré l'erreur, bonne anticipation de l'interne narrateur qui demande au patient de re-consulter si persistance des signes attitude pédagogique du sénior qui reconnaît également une part de responsabilité</p>
Trace 26	<p>trace originale qui consiste en une analyse de 21 cas médicaux de re-consultation aux urgences l'analyse des motifs de re-consultation et des cas médicaux est le point de départ d'une réflexion et d'une étude sur l'erreur médicale</p>	<p>les re-consultations ont lieu à des heures spécifiques (avant 14h, à des heures de moindre affluence), ont lieu surtout chez les hommes, sont liées à des motifs multiples, re-consultent d'autant plus fréquemment que la première re-consultation a lieu précocement.</p>

		Les re-consultations pour même motif (objet de l'étude de cette trace) sont liés à une erreur médicale/organisationnelle dans près de 4 cas sur 10
Trace 27	erreur grave avec lourdes conséquences ayant débouché sur une plainte déposée par les parents qui aurait pu être évitée en restant systématique la mauvaise relation soignants/parents de l'enfant a joué un rôle important dans la survenue de l'erreur	analyse des défauts dans la démarche ayant conduit à l'erreur mise en évidence des points qui auraient du faire remettre en cause le diagnostic posé
Trace 28	une erreur qui doit être très fréquente dans la prise en charge des patients aux urgences erreur liée à surcharge de travail	bonne énumération des différentes erreurs commises n'accuse pas l'interne de garde pour l'erreur qu'il a commise pour chaque erreur commise, analyse des facteurs favorisants
Trace 29	récit du déroulement d'un cours sur l'erreur médicale suivi au département de médecine générale de paris 7, avec à l'intérieur de ce récit la narration de 2 erreurs faites par l'interne narratrice	une des partie du cours consiste en la narration d'une erreur vécue par chaque interne présent au début du cours, alors qu'elle en a déjà vécu, l'interne narratrice ne trouve pas de situation d'erreur médicale à raconter après avoir bien cherché, l'interne raconte une erreur commise, avec nonchalance cette erreur est celle qui donne le plus de réaction de la part du public : du coup, l'interne réalise le caractère grave de l'erreur commise, alors que jusque là, le bon dénouement de l'histoire l'empêchait d'analyser l'erreur en soi
Trace 30	cas d'ECOS DMG paris 7 l'objectif de cet ECOS est de voir comment faire une consultation d'annonce d'erreur médicale	la grille d'évaluation prévoit différentes réactions du médecin simulé, de la plus pertinente à la moins adaptée

**Annexe 2 : Analyse quantitative : distribution des volumes de mots dans les traces d'apprentissage étudiées, valeurs moyennes.**

	Volumes de mots en moyenne	Volumes en pourcentages
Nombre total de mots	1996	100,00%
Nombre de mots d'introduction	29	1.45%
Nombre de mots de narration	758	37.95%
Nombre de mots d'analyse de l'histoire	348	17.42%
Nombre de mots d'analyse théorique	686	34,36%
Nombre de mots de conclusion	90	4.51%
Autres	88	4,41%

**Annexe 3 : Analyse quantitative : distribution des volumes de mots dans les traces d'apprentissage étudiées, valeurs détaillées.**

N° trace	Titre éventuel	Total	Introduction	Narration	Analyse de l'histoire	Analyse théorique	Références bibliographiques	Conclusion
	Volumes de mots en moyenne	1996	29	758	348	686		90
	Volumes en pourcentages	100,00 %	1.45%	37.95%	17.42%	34,36%		4.51%
1	Érysipèle et fasciite nécrosante	3523	0	1001	581	1449	7	243
2	Dissection Aortique	2355	58	835	175	1190	3	72
3	Le ressenti d'un interne face à l'erreur médicale	3054	0	1666	910	422	3	0
4	Absent	1961	0	370	225	1077	3	30
5	Savoir mettre en doute un diagnostic	1877	0	703	106	772	6	250
6	Oubli de prescription	1549	0	439	118	710	5	203
7	Erreur médicale : retard au diagnostic	1630	0	1104	183	337	0	0
8	Absent	2574	0	1527	729	260	2	0
9	Douleur inter-costale oui bien-sûr	5064	0	621	330	3845	6	192
10	Histoire mal vécue	693	0	368	325	0	0	0
11	Extrait du journal de bord (cas n°01 du 17/07/2012) pour cours du 04-10-2012 sur « l'erreur médicale » :	703	0	373	106	121	2	0
12	Absent	1276	28	782	204	244	0	45

13	Absent	846	118	378	320	0	0	30
14	Absent	1887	0	761	797	0	3	266
15	Les presque évènements	1587	10	890	395	148	0	141
16	Erreur médicale vis-à-vis d'une allergie à la pénicilline	1795	0	726	0	1024	2	26
17	Absent	4280	0	1862	0	2280	7	0
18	Angine, streptotest et erreur médicale	1507	0	878	452	159	2	0
19	Absent	1900	18	962	447	157	1	312
20	Mononucléose	1027	99	327	0	519	3	0
21	Erreur médicale réflexion	1668	0	1057	362	249	0	0
22	Maladie de Hodgkin	1639	0	582	257	743	1	36
23	Hors sujet non mis	1941	0	308	293	1322	6	0
24	Erreur médicale	3140	38	1193	606	1056	6	136
25	Récit et leçons d'une erreur médicale : de l'importance de vérifier tous les résultats des examens complémentaires prescrits...	2430	0	914	283	907	3	204
26	Reconsultations aux urgences	2435	402	322	1377	0	4	248
27	On s'est trompé	969	0	373	150	430	0	115
28	Erreur médicale	990	0	390	209	383	7	0
29	L'erreur médicale	2430	98	628	490	771	3	149
30	ECOS Erreur médicale	1159	0	389	0	0	2	0

## Annexe 4 :Fiche de thèse

<b>PORT-FOLIO: fiche de projet de thèse</b>	
<b>Votre projet de thèse</b>	<p>Projet agréé par la commission des thèses comme THESE DE MEDECINE GENERALE.</p> <p>Vous trouverez les remarques de la commission en cliquant sur ce lien:</p> <p><a href="#">AVIS DE LA COMMISSION THESES.</a></p> <p>Vous êtes dispensé de la rédaction d'un mémoire.</p>
Date de la présente version du projet de fiche de thèse:	30/12/2013
Nom du directeur de thèse (sans le prénom):	Galam
Adresse mail du directeur de thèse:	Egalam@hotmail.com
Thème de la thèse:	RSCA / erreur médicale
Contexte et justification:	<p>Pour valider le DES, les IMG (internes de médecine générale) doivent produire des traces d'apprentissage sur les compétences de médecine générale (1,2). Les objectifs 4, 5 et 6 de l'UE 1 (3) des études médicales ont trait à la sécurité des patients devenue une préoccupation émergente et à fort développement (4). Elle s'appuie notamment sur la gestion et l'analyse des erreurs médicales et de leur impact sur les soignants notamment en formation (5).</p> <p>Un enseignement est dispensé aux internes en stage ambulatoire dans le DMG P7 sur le thème : « Erreur médicale : Impact, analyse, gestion » (6). Il a notamment pour objectif d'inciter les IMG à produire un RSCA (Récit de Situation Complexe Authentique) sur le thème de l'erreur médicale.</p> <p>La compréhension des structures, contenus et problématiques des traces produites (7), peut nous éclairer sur la façon dont les IMG perçoivent :</p> <p>1) la situation d'erreur médicale 2) les consignes du DMG</p>
Hypothèse et question:	<p>Question de recherche : Comment est vécue l'erreur médicale par les IMG à travers leurs RSCA sur ce thème ?</p> <p>Question secondaire :</p> <p>Quels enseignements en tirer sur la façon dont les IMG perçoivent et répondent aux attentes et consignes du DMG ?</p>

Méthode:	<p>Il s'agit d'une thèse qualitative.</p> <p>Le DMG dispose d'une base de données colligeant toutes les traces produites par ses internes. Des traces ayant comme mots clé, « erreur médicale » seront choisies de manière raisonnée pour leur diversité jusqu'à saturation des données.</p> <p>Elles seront analysées par le thésard selon la méthode d'analyse de contenu.</p> <p>Une grille de lecture sera construite à mesure de la progression de la recherche.</p> <p>Il analysera également le contenu de la narration, afin de relever les problématiques communes de ces situations cliniques</p> <p>A noter que d'autres thèses fondées sur le matériel issu des traces d'apprentissage et de méthodologie proche sont d'ores et déjà en cours dans notre DMG.</p>
Retombées potentielles:	<p>Ce travail pourra permettre 1) d'apporter aux IMG des clés adaptées aux problématiques qu'ils rencontrent dans leur pratique, concernant l'erreur médicale et notamment 2) de préciser les objectifs et méthodes de l'enseignement actuel.</p> <p>3) La mise en place d'une méthodologie de lecture et de synthèse des traces d'apprentissage peut ouvrir à un travail de même nature sur les autres thèmes abordés par les IMG, et permettre une meilleure connaissance des productions des IMG par rapport aux compétences de médecine générale.</p>
Rôle de l'interne dans le projet de thèse:	Lecture des traces, mise en place de la grille d'analyse, analyse de contenu, synthèse des principales problématiques
Bibliographie:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Galam E. Produire des traces d'apprentissage: le RSCA. Revue du Praticien Med Gen N°794:p92-3.</li> <li>2. Attali C, Bail P, Magnier AM, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Rev Prat Med Gen 2006,20:525-6.</li> <li>3. Bulletin officiel N°20 du 16 mai 2013 Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle)</li> <li>N° 4 La sécurité du patient. La gestion des risques. Les événements indésirables associés aux soins (EIAS).</li> <li>N° 5. La gestion des erreurs et des plaintes , l'aléa thérapeutique</li> <li>N° 6. L'organisation de l'exercice clinique et les méthodes qui permettent de sécuriser le parcours du patient</li> <li>4. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissements de santé. Des concepts à la pratique. <a href="http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-">http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-</a></li> </ol>

	<p>04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf accès le 21/11/13</p> <p>5. Venus E , Galam E, Aubert JP, Nougairède M. Medical errors reported by French general practitioners in training: results of a survey and individual interviews. BMJ Qual Saf doi:10.1136/bmjqs-2011-000359 <a href="http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2012/01/02/bmjqs-2011-000359">http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2012/01/02/bmjqs-2011-000359</a> accès le 21/11/13</p> <p>6. Erreur médicale : analyse, impact, gestion <a href="http://www.bichat-larib.com/programme.affichage.php?numero_etudiant=986&amp;tab_etats[menu_enseignements]=">http://www.bichat-larib.com/programme.affichage.php?numero_etudiant=986&amp;tab_etats[menu_enseignements]=</a> accès le 23/12/13</p> <p>7. Bardin Laurence. L´analyse de contenu. PUF 1977</p> <p>8. Galam E. L´erreur médicale, le burnout et le soignant.</p>
Recrutement d'investigateurs	<p>Je souhaite solliciter pour ce projet des investigateurs maîtres de stage sur toute l'île de France et dépose pour cela une demande auprès de la COMMISSION IDF D'HARMONISATION DES THESES</p> <p>Je souhaite pour ce projet la collaboration des investigateurs maîtres de stage de Paris DIDEROT</p> <p>Je me charge de recruter les investigateurs pour mon projet (par exemple ils seront tirés au sort, ou bien je les trouverai seul(e), ou bien j'utiliserai un réseau de soins...)</p> <p>Ce projet ne nécessite pas d'investigateurs médecins généralistes</p>

## **Bibliographie**

1. Site Web du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche : Enseignement supérieur et recherche [En ligne]. Paris : Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, 16 mai 2013 [consulté le 02/10/14]. Bulletin officiel.  
Disponible sur internet <[http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid\\_bo=71544&cbo=1](http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71544&cbo=1)>
2. Site Web de la HAS: Haute Autorité de Santé [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé, mars 2012 [consulté le 21/11/13]. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissements de santé. Des concepts à la pratique. Disponible sur internet <[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat\\_guide\\_gdr\\_03\\_04\\_12.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf)>
3. Site Web de la HAS: Haute Autorité de Santé [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé, mars 2011 [consulté le 21/08/14]. Amélioration des pratiques et sécurité des patients, annonce d'un dommage associé aux soins, guide destiné aux professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en ville. Disponible sur internet <[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce\\_dommage\\_associe\\_aux\\_soins\\_guide.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_guide.pdf)>
4. Wu AW. Medical error: The second victim. BMJ. 2000;320:726-7.
5. Galam E. La souffrance du patient : une réalité à prendre en compte. Responsabilité, juin 2013, volume 13, numéro 50, p10-1.
6. Galam E. Produire des traces d'apprentissage: le RSCA. Revue du Praticien Med Gen, 29 janvier 2008, tome 22, N°794:p92-3.
7. Sellam M., Travailler en équipe au sein du système de santé: Analyse des traces d'apprentissage produites par les Internes du Département de Médecine Générale Paris Diderot, thèse d'exercice de médecine générale, Paris:Université Paris 7, année 2014,84 f.

8. E. Venus, l'erreur médicale : impact et gestion par les internes du département de médecine générale Paris Diderot. Analyse de 70 questionnaires et 10 entretiens, thèse d'exercice de médecine générale, Paris : Université Paris 7, année 2011, 111 f.
9. J. Bami R. Amalberti, La sécurité du patient en médecine générale. Springer. Paris : Springer-Verlag France, 2010. ISBN-13 : 978-2-8178-0001-1.
10. Multon R., Désaccords entre internes de médecine générale et maîtres de stage sur les soins aux patients. Etude de 37 situations en Ile de France, thèse d'exercice de médecine générale, Paris:Université Paris 7, année 2013,138 f.
11. Galam E. Erreur médicale, de la seconde victime au premier acteur, Médecine, septembre 2012, :p317-22
12. Galam E. L'erreur médicale, le burnout et le soignant.Springer , Paris : Springer-Verlag France, 2012. ISBN : 978-2-8178-0294-7
13. Venus E , Galam E, Aubert JP, Nougairède M. Medical errors reported by French general practitioners in training: results of a survey and individual interviews. BMJ Quality and safety, 5 décembre 2011, doi:10.1136/bmjqs-2011-000359  
<<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2012/01/02/bmjqs-2011-000359>>
14. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Qual Saf Health Care. 2009;18:325-30.
15. Newman MC (1996) The emotional impact of mistakes on family physicians. Arch Fam Med 5(2): 71-5.
16. Attali C, Bail P, Magnier AM, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Rev Prat Med Gen, 2006, 20:525-6.

## PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse

Université ..... Paris Diderot

Le Professeur Paris 7  
Jean Pierre Aubert

Date le 28.1.15

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Benoît Schlemmer



DOCTEUR JEAN PIERRE AUBERT  
01 - MÉDECINE GÉNÉRALE  
32, RUE HERMEL "COUR HOUSSIER"  
75018 PARIS Tél. 01 46 06 92 82  
75 1 45 06 5 1001131111  
C2 000 000 00

VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7  
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

# **L'erreur médicale : analyse des traces d'apprentissage produites par les internes du département de médecine générale Paris Diderot**

## **Résumé :**

### Introduction

Les internes de médecine générale (IMG) de Paris 7 produisent dans le cadre de leur formation deux traces d'apprentissage par semestre, le plus souvent des RSCA. Un certain nombre de ces traces a pour thème l'erreur médicale. L'objectif principal est de comprendre comment est vécue l'erreur médicale par les IMG grâce à l'analyse de leurs RSCA sur ce thème.

### Méthode

Trente traces ayant comme mots clé, «erreur médicale» ont été choisies de manière raisonnée pour leur diversité dans la banque de traces dont dispose le département. Elles ont été analysées selon la méthode d'analyse de contenu. Des grilles de lecture ont été construites à mesure de la progression de la recherche pour faire apparaître les problématiques évoquées.

### Résultats

Le récit occupe 38% du volume d'une trace en moyenne alors que l'analyse en occupe 17% et l'analyse théorique 34%. L'erreur est liée à des conditions de travail inadaptées et les urgences en constituent le terrain de prédilection. Les confrères en position hiérarchique sont évoqués comme source potentielle d'erreurs et de conflits. Dans la moitié des traces étudiées, l'erreur est diagnostique et elle implique le plus souvent plusieurs intervenants. Les patients ne sont pas systématiquement informés de l'erreur et même lorsque c'est le cas, les récits donnent peu de renseignements sur leurs réactions.

### Conclusions

Les erreurs sont source d'angoisse, stress, culpabilité, honte vis-à-vis du regard des autres en particulier les pairs. L'impact est d'autant plus marqué que l'erreur a été mal gérée avec absence de débriefing, manque d'honnêteté des praticiens impliqués et importance des dégâts chez le patient. Cette gestion est rendue difficile par l'insuffisance de formation. Seuls 7 internes ont évoqué la judiciarisation. Les erreurs sont dans la majorité des cas dépassées par les internes qui en retirent un apprentissage. C'est le partage de l'expérience négative et le regard bienveillant des pairs ou des seniors qui permettent cette conversion, également rendue possible par la prise de conscience du caractère répandu et commun des erreurs.

Mots-clefs: RSCA, erreurs médicales, vécu des internes.