

Depuis 2011 a lieu tous les ans à Paris, une journée de sensibilisation à la gestion de l'erreur médicale. Ouverte à tous les internes de médecine générale, elle regroupe à chaque fois une cinquantaine d'étudiants de 6 facultés parmi les 7 d'Île-de-France. Présentation des outils et enseignements.

**Abstract:**

Since 2011 an awareness day management of medical error takes place every year in Paris. It is open to all General Practitioners Trainees and includes each time fifty students from six faculties among the 7 faculties of Île-de-France.

Presentation of the tools and curriculum.

Key words: medical errors; patient safety; education, medical

# De l'erreur médicale à la sécurité du patient

## Un enseignement « moderne » et « sensible »

Éric Galam<sup>1</sup>

Jean Brami<sup>2</sup>

Anne-Marie

Magnier<sup>3</sup>

André Soares<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Département de Médecine générale. Université Paris Diderot

<sup>2</sup> Conseiller technique. Mission pour la Sécurité du Patient ; Haute Autorité de Santé

<sup>3</sup> Département de Médecine générale, Université Pierre et Marie Curie  
egalam@hotmail.com

### Un contexte en plein développement

Le rapport de l'Institut de Médecine des USA publié en 2000 [1] a été le point d'orgue d'une évolution culturelle majeure marquée par la prise de conscience de l'impact des événements indésirables associés aux soins (EIAS) qu'ils soient ou non liés à des erreurs médicales, et de la nécessité de les analyser pour en tirer enseignement, les éviter, tout en accompagnant les soignants et les équipes impliquées. Un curriculum de formation (voir *tableau*) a été mis en place par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et vient d'être traduit en français<sup>1</sup>.

Depuis, nombre d'initiatives se sont développées dans le monde et notamment en France : dès 2004, des séminaires de Formation Médicale Continue au titre explicite de « *Dé dramatiser et travailler nos erreurs* » organisés par l'association REPERES ; en janvier 2006, un colloque sur le thème de « *l'infaillibilité médicale* » organisé par l'Académie de Médecine, des plénières et des ateliers lors de congrès de médecine générale (Journées Nationales de la Médecine Générale [JNMG], Congrès de la Médecine générale France [CMGF] 2010 et 2011), des dispositifs (« *Éviter l'Évitable* » de la Revue Prescrire, site internet

<http://www.lapreventionmedicale>), des formations dès 2011 dans le cadre du Développement professionnel Continu (revues de morbi-mortalité de la SFTG et de l'Unaformec). Des guides publiés par le Conseil de l'Europe (Recommandations pour la gestion des risques 2006) ou la Haute Autorité de Santé (« *Revue de morbi-mortalité en médecine générale* » en février 2010, « *Annonce d'un dommage associé aux soins* » en juin 2011) participent également de cette évolution. La Mission Sécurité du Patient (MSP) de la HAS comporte une commission médecine ambulatoire s'attachant à développer des outils adaptés au contexte non hospitalier (revue de morbi-mortalité, analyse, classifications...). Trois ouvrages importants ont été publiés ces dernières années [2-4]. Enfin un DIU (Droit médical et Gestion des risques) est proposé depuis plusieurs années par les facultés de médecine Paris Diderot et Paris 13.

### La sécurité des soins en général

En France, l'étude ENEIS [5] a montré les résultats suivants : dans un service de 30 lits, un événement indésirable grave (EIG) survient en moyenne tous les 5 jours ; 3 % à 5 % de l'ensemble des séjours hospitaliers sont en rapport avec des événements indésirables graves (EIG). Les 2/3 (195/255) sont générés par

1. <http://www.sante.gouv.fr/pnsp-guide-pedagogique-pour-la-securite-des-patients.html>

une prise en charge préalable en médecine générale. 46,2 % des 195 EIG à l'origine d'une telle hospitalisation sont évitables. Réalisée dans les suites d'ENEIS, l'étude EVISA [6] est une analyse détaillée des 47 cas d'EIG repérés comme étant à l'origine directe de l'hospitalisation. Elle a montré que 23 % des EIG sont générés par les patients ou leur entourage. Sont impliqués essentiellement des patients fragiles plus vulnérables ; les infections extrahospitalières sont rares à l'opposé des médicaments dont le rôle est fréquent. L'analyse de 1 074 plaintes auprès du Sou Médical, principal assureur des médecins français, montre que un tiers des dossiers sont liés à des erreurs et retards de diagnostic qui représentent ainsi la première cause des EIG en médecine générale avec 2 grands domaines : 1) les cancers (retard compté en mois), 2) les menaces d'infarctus et d'accident vasculaire cérébral (AVC) (retard compté en heures). Les 2 autres tiers des dossiers sont en rapport avec des dysfonctionnements du système [7].

## La sécurité des soins en médecine générale

Il n'existe pas de consensus sur la définition de ce qui fait erreur en médecine générale.

L'étude ESPRIT [8] s'est appuyée sur la définition suivante : « *Un événement indésirable est un événement ou une circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas.* »

Cette étude a permis d'estimer en France la fréquence des événements indésirables associés aux soins primaires, d'en décrire la typologie et d'identifier les EIAS évitables. Elle a montré en particulier que dans les cabinets de médecine générale il y a 26 EIAS pour 1 000 actes, soit environ 1 EIAS tous les 2 jours. Dans plus de 3 cas sur 4, ces EIAS ne sont pas graves et/ou n'entraînent pas de dommage pour le patient. Les EIAS sont principalement en rapport avec des problèmes d'organisation du cabinet (42 %) ou du parcours de soins (21 %).

## Une problématique pertinente et complexe

Le passage de la culture de la perfection à la culture de sécurité suppose la reconnaissance et la gestion de la perfectibilité : c'est un changement de paradigme qui se fonde notamment sur une analyse systémique des organisations, la recherche des causes latentes et des barrières de sécurité défaillantes, l'analyse des dysfonctionnements sans conséquences (Événements porteurs de risque, EPR), la transparence vis-à-vis des patients et le recueil de données par des dispositifs de signalement. Elle suppose l'accompagnement des soignants dont l'implication comporte souvent un registre émotionnel plus ou moins important. Le médecin est aussi un être humain qui se trompe certes en fonction de critères généraux mais aussi de manière spécifique en fonction de ses

compétences et difficultés, et de sa façon d'exercer la médecine. Sa manière d'assumer ses erreurs et les développements indésirables de ses pratiques sont aussi spécifiques et relèvent en partie de ce qu'il faut bien appeler son « intimité professionnelle ». Confronté à la culpabilité, la peur des conséquences juridiques ou professionnelles, les accusations voilées ou avérées des patients et des collègues, à l'isolement et à l'auto-dépréciation qui en résultent, le médecin peut être marqué de blessures profondes et parfois prolongées faisant de lui ce que Wu appelle une seconde victime [9].

## L'enseignement dans le cursus des études de médecine générale

Un curriculum comportant 11 thèmes de formation est proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé. Un modèle d'enseignement proposé par des auteurs américains [10] propose de prendre en compte, à parts égales, l'enseignement traditionnel de la médecine et un contenu spécifique consacré à la sécurité des patients. Son introduction devrait être précoce, dès l'entrée de l'étudiant dans le système d'enseignement, et bien sûr, concerner toutes les spécialités médicales, qu'elles s'exercent en institution ou en ambulatoire. Le DES de médecine générale peut représenter un lieu « pionnier ». Des enseignements ont d'ores et déjà été dispensés dans les DMG de Lyon, Saint Étienne et Paris. À Paris Diderot, la famille de situation « *Situations autour de l'erreur médicale ou d'événements indésirables* » a été ajoutée aux familles décrites par le Collège National des Généralistes Enseignants. Très significatif, une autre famille a été également ajoutée, celle des « *Situations psychologique-marquantes en tant que soignant* »<sup>2</sup>.

## Un enseignement sensible et moderne

À la lisière du pédagogique, du psychologique, du juridique, cet enseignement est à la fois important et délicat. Entre stigmatisation et déni, il prend le parti de l'enrichissement professionnel sans peur et sans reproche. Il se situe à l'articulation des plans individuels et collectifs. Il nécessite un travail de reconnaissance, de soutien, d'analyse et de gestion pour en tirer les enseignements et accompagner les soignants impliqués. Il est pertinent et sensible parce qu'il touche à la sérénité des soignants et aux zones d'ombre de leurs pratiques. Enfin, il est « moderne » parce que, loin du mythe d'une perfection sévère et somme toute illusoire, il se fonde sur la reconnaissance des pratiques et des réalités du terrain et les besoins des soignants comme des patients.

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en rapport avec cet article.

2. <http://www.bichat-larib.com:8080/wp-content/uploads/Guide-du-DES-de-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale.pdf> (page 10).

## Références :

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
2. Brami J, Amalberti R. La sécurité du patient en médecine générale. Paris: Springer; 2010.
3. Amalberti R, Brami J. Audit de sécurité des soins en médecine de ville. Paris, Springer, 2012.
4. Galam E. L'erreur médicale, le burnout et le soignant. Paris: Springer; 2012.
5. Michel P, Minodier C, Lathelize M, et al. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. DRESS. Dossiers Solidarité et Santé. 2010;17.
6. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Bru Sonnet R. Les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes (étude EVISA). Bordeaux; 2008.
7. Amalberti R, Bons-Letouzey C, Sicot C. Les risques en médecine générale : un secteur encore mal connu. Responsabilité. 2008;8(32):5-12.
8. Michel P, Mosnier A, Kret M, et al. Étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (ESPRIT 2013). BEH. 2014;(24-25):410-6.
9. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes mistake needs help too. BMJ 2000;320:726-7.
10. Varkey P, Karlapudi S, Rose S, Swensen S. A Patient safety curriculum for graduate medical education: Results from a needs assessment of educators and patient safety experts. Am J Med Qual. 2009;24(3):214-21.

## Programme de l'enseignement

L'enseignement d'une journée alterne des exposés théoriques (définitions, historique, épidémiologie, notion de deuxième victime, dévoilement au patient, méthodes d'analyse, d'échanges et de signalement, notion de check-list en médecine générale) et des travaux interactifs à partir des cas cliniques réels apportés par les participants.

Pour travailler les cas cliniques, les participants étaient d'abord répartis en binôme et chacun devait rapporter en 10 minutes une situation réelle. Puis les rôles étaient inversés. À l'issue de la séquence, il était demandé à chacun de noter sur une demi-page « *ce qu'on retient de l'histoire rapportée par le collègue* ».

La question était volontairement ambiguë, laissant à chacun la libre appréciation de rapporter des éléments factuels, des éléments de synthèse, ou encore des enseignements.

Il y a donc eu différents temps :

- réfléchir à une situation ;
- en noter les éléments principaux ;
- la raconter ;
- écouter la situation rapportée par le collègue ;
- noter ce qu'on en retient de manière contractée (une demi-page au maximum) ;
- rapporter la situation au grand groupe.

À noter qu'avant la mise en commun de tous les participants, il a été demandé aux étudiants de noter sur un post-it un mot exprimant leur ressenti après avoir raconté leur histoire au collègue.

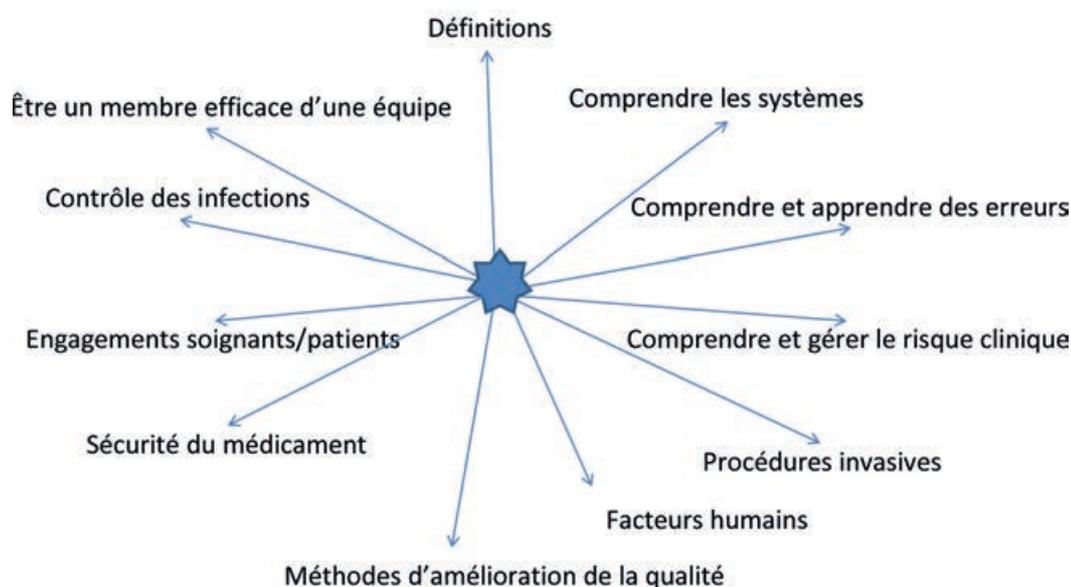
La consigne suivante demandait le ressenti après avoir écouté le collègue.

- Les post-it ont ensuite été ramassés par l'enseignant et collés au tableau.
- Il était ensuite fait de même pour les post-it « écouter ».

L'ensemble des mots était organisé et commenté par les enseignants et les étudiants.

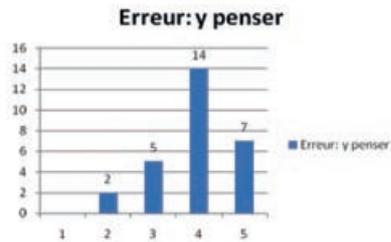
## Les 11 thèmes de l'OMS

<http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/en/>



## Erreurs médicales: on y pense plus qu'on estime en faire

- Y pensez-vous?
- En faites-vous?

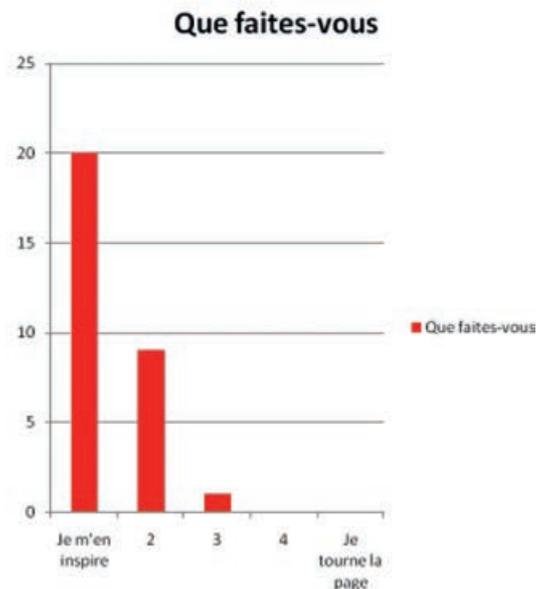
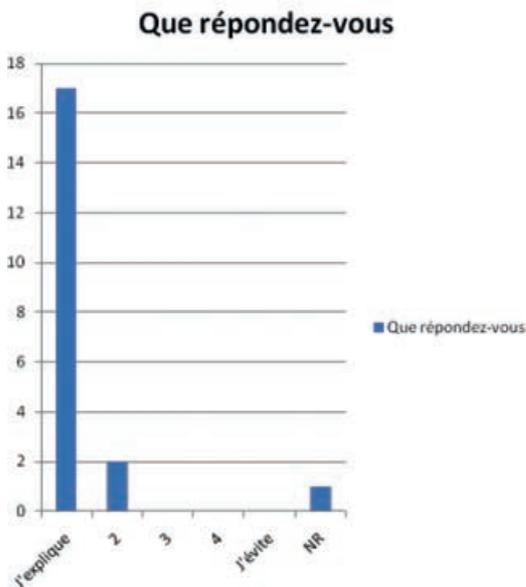


110



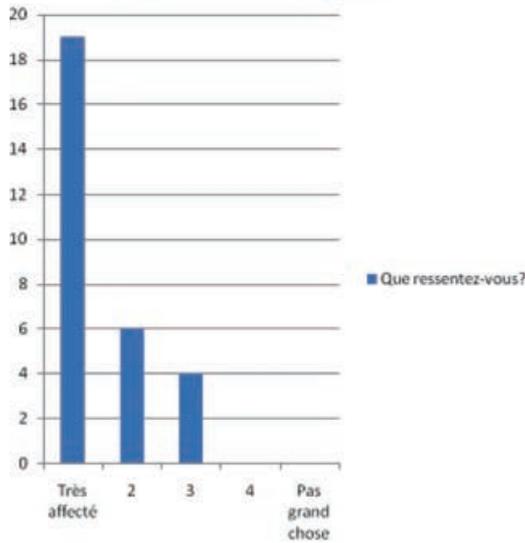
75

Dans l'éventualité où vous seriez impliqué dans un EI survenu à l'un de vos patients et pour lequel vous auriez un certain degré de responsabilité?

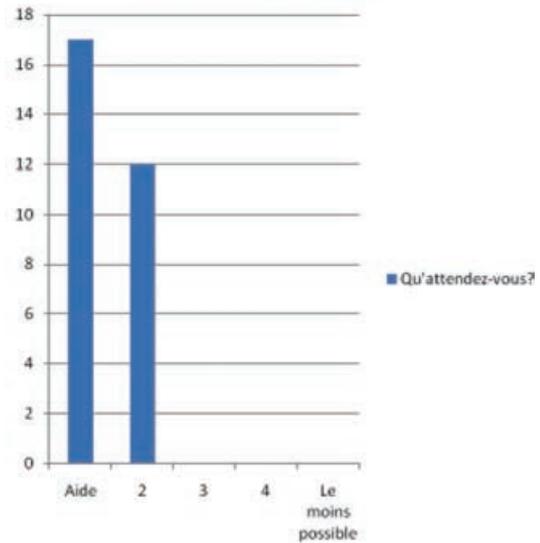


Dans l'éventualité où vous seriez impliqué dans un EI survenu à l'un de vos patients et pour lequel vous auriez un certain degré de responsabilité?

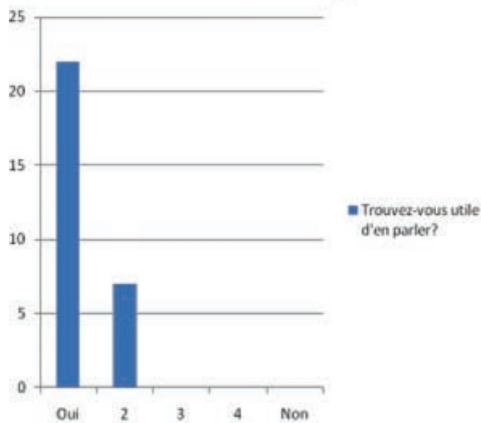
Que ressentez-vous?



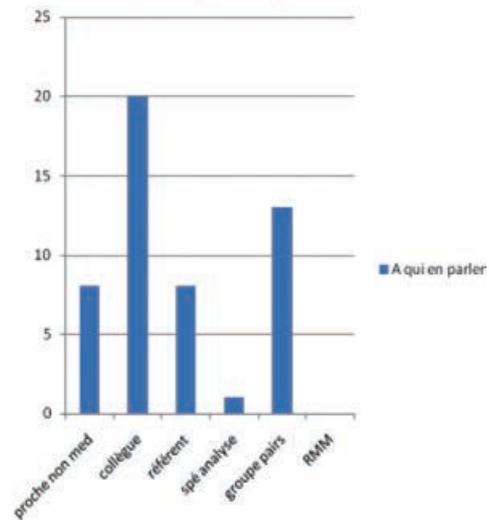
Qu'attendez-vous?



Trouvez-vous utile d'en parler?



A qui en parler



## Les MOTS (issus de l'une des journées de formation)

Associés à « Raconter »	Associés à « Écouter »
culpabilité 10 soulagement 3 peur 2 angoisse 2 regret 2 partage 2 stress trop de précaution impuissance meurtrier subjectivité injustice colère humour tout le monde fait des erreurs merder tristesse oups	compréhension 7 compassion 3 empathie 2 indulgence regrets peur horreur distance pas de bol responsabilité partagée culpabilité systématique partage humain identification semblable qu'aurais-je fait ? sauvé ! ouf fréquent hors sujet quel bazar

## Participants par faculté

	2011	2012	2013	2014	2015
P6	9	19	24	11	15
P7	10	8	23	9	19
P5	11	13	10	12	15
P13		1	1		1
P sud				2	1
Paris Ouest				1	
Total	30	41	56	36	51

## Évaluation à distance (2 mois) du séminaire 2015

25 étudiants sur les 29 ayant répondu au questionnaire en ligne déclarent le contenu de cette journée **transposable** dans leur activité médicale.

27 étudiants ont déclaré que cet enseignement les a aidés à progresser au moins partiellement dans la **prévention** des erreurs médicales.

24 étudiants ont déclaré que cet enseignement les a aidés à progresser au moins partiellement dans la **gestion** des erreurs médicales.

À l'issue de l'enseignement, 27 étudiants ont été amenés à parler de situations d'erreur médicale (plusieurs réponses possibles) avec d'autres internes (24), des médecins séniors (15), des patients concernés (4), des soignants non médecins (3) des proches non soignants (5), un patient non concerné, un intervenant en santé.

20 étudiants sur les 27 ayant répondu ont été amenés à utiliser des éléments abordés dans l'enseignement.

25 personnes se sont déclarées satisfaites à très satisfaites par cet enseignement.

Les points forts évoqués étaient le caractère pratique, interactif, la dédramatisation et la déculpabilisation.

Les points d'amélioration étaient : d'aborder plus la gestion des erreurs avec le patient, de proposer des conduites à tenir, de comporter plus d'exemples de médecins séniors, des mises en pratiques.