

Année 2016

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

TEURNIER Elise, Mathilde
Née le 30 mai 1986, à Saint-Denis (93)

Présentée et soutenue publiquement le 6 décembre 2016

Parler de l'erreur médicale entre soignants.
Impact d'une formation de l'université Paris Diderot pour les internes de
médecine générale.

Président de thèse : Professeur AUBERT Jean-Pierre

Directeur de thèse : Professeur GALAM Eric

DES de MEDECINE GENERALE

Année 2016

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

TEURNIER Elise, Mathilde
Née le 30 mai 1986, à Saint-Denis (93)

Présentée et soutenue publiquement le 6 décembre 2016

Parler de l'erreur médicale entre soignants.
Impact d'une formation de l'université Paris Diderot pour les internes de
médecine générale.

Président de thèse : Professeur AUBERT Jean-Pierre

Directeur de thèse : Professeur GALAM Eric

DES de MEDECINE GENERALE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre Aubert,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse, je vous en remercie sincèrement.

A Madame le Professeur Agnès Lefort et à Monsieur le Professeur François Simon,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Vous me faites l'honneur de votre présence aujourd'hui, soyez assurés de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Eric Galam, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir guidée dans ce travail. Merci pour votre enthousiasme et votre patience. Je vous souhaite le meilleur pour vos projets à venir.

A Madame Lecoy, pour votre aide précieuse et votre dévouement.

Aux internes de médecine générale ayant accepté de participer à notre étude, merci d'avoir évoqué des souvenirs parfois douloureux et de m'avoir accordé votre confiance.

Au Pr Godeau, pour votre humanité et l'exemple que vous m'avez donné.

Aux Dr Barakat et Dr Elias, merci de m'avoir permis de partager ne serait-ce qu'une petite partie de votre savoir. Merci pour le respect dont vous faites preuve envers vos internes.

Aux Dr Lazarevic, Dr Rizkallah et Dr Trouve, merci de m'avoir enseigné la pédiatrie en mêlant rigueur et humour.

Aux Pr Gerber et Dr Almeida, merci pour votre enseignement et votre gentillesse.

Aux Dr Pauwels, Dr Dhalluin-Venier, Dr Medini et Dr Simo, merci pour l'accueil chaleureux que j'ai eu dans votre service et vos enseignements.

A ma famille, merci d'avoir supporté toutes ces années de médecine au rythme parfois si particulier. Votre présence était une force.

A mes parents, pour votre confiance et votre soutien aussi discrets qu'inébranlables. Vous m'avez permis d'arriver jusqu'ici.

Il n'y a jamais eu de nuit de garde sans un message d'encouragement, ça paraît anecdotique mais ça compte réellement. Pour tout le reste aussi. Merci.

A ma sœur, pour son soutien et son regard bienveillant depuis le début, de ses encouragements en P1 à sa présence aujourd'hui. Je sais que je pourrai toujours compter sur toi, et tu sais que je serai toujours là pour toi.

A Hamidou, pour tes encouragements. C'est à toi que j'ai pensé pour trouver le courage nécessaire à cette soutenance aujourd'hui. (si, si !)

A Shérif, pour tes compétences linguistiques et ta disponibilité. Ton aide m'a été précieuse, de tout cœur merci.

A la famille Balde dans sa totalité, pour vos encouragements et pour vous être soucieux si souvent de la carrière de "tanti docteur".

A Annick, Luc et Alie, merci de m'avoir encouragée tout au long de la réalisation de ce travail. Merci pour votre soutien et votre accueil depuis toujours.

Annick, merci pour mon costume de scène.

A Julie, pour avoir été mon éclairceuse. Ca y est on l'a fait ! Merci pour ton soutien constant, la thèse n'étant qu'un détail. Notre rencontre est la meilleure partie de ces études. Tu es une amie si précieuse.

A Assia et Emma, je suis heureuse de votre arrivée dans ma vie. Je n'ai pas pu vous accorder le temps que j'aurais souhaité ces derniers mois, mais je devais "faire mes devoirs." On va pouvoir bien s'amuser maintenant !

Une tendre pensée également pour ceux qui ne sont plus là et que j'aurais aimé avoir auprès de moi aujourd'hui.

Aux co-internes qui sont devenus mes amies : **Claire, la dream-team de Gonesse (Jordane, Kaji, Lynda, Marie, Souny, Téo)** : ça aurait été beaucoup moins sympa sans vous !

A Cécile, Chiva, Macha et Yi, de belles rencontres sur les bancs de la fac. Je suis heureuse de vous avoir comme amies.

A Laura, pour ton soutien et tes propositions de relecture de cette thèse. J'ai eu une équipe tellement efficace ici que je n'ai finalement pas eu besoin de t'infliger ça ! Mais cela m'a touchée, merci. Je vais pouvoir venir te voir plus souvent maintenant !

A Vanina, pour ta compréhension et tes encouragements répétés, tu sais ce que cela demande comme efforts... Tu as su trouver les bons mots, merci.

A Geo, pour tout ce que tu m'apportes, ta capacité à me faire voir le monde autrement... T'avoir à mes côtés me fait pousser des ailes, ta présence me rend heureuse. Merci pour ces sept années de bonheur, et ce n'est que le début... Je t'aime.

LISTE DES ABREVIATIONS

AAP : Antiagrégants plaquettaires

ACFA : Arythmie Cardiaque par Fibrillation Auriculaire

Abdo : Abdominal

Amox : Amoxicilline

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ex-HAS)

Antibio : Antibiotique

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVK : Anti-Vitamine K

ASH : Agent de Service Hospitalier

BAV: Bloc auriculo-ventriculaire

BU : Bandelette urinaire

Cardio : Cardiologue / Cardiologie

CCA : Chef de Clinique Assistant

CHA2DS2-VASc : score de prédiction clinique pour estimer le risque d'AVC chez un patient souffrant d'ACFA

CHC : Carcinome Hépato-Cellulaire

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CRP : C-Reactiv Protein

Déchoc : Déchoquage

DECT : Digital Enhanced Cordless Telephone « téléphone numérique sans fil amélioré »

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DMG : Département de Médecine Générale

Dobu : Dobutamine

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DTPolio : Vaccin contenant les valences Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite

ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des urines

ECG : Electrocardiogramme

ECOS : Examen Clinique Objectif Structuré

Echo : Echographie

ED : Enseignement Dirigé

EIAS : Evènement Indésirable Associé aux Soins

EIG : Effet Indésirable Grave
ENEIS : Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins
EP : Embolie pulmonaire
EPR : Evènement Porteur de Risque
FEVG : Fraction d' Ejection du Ventricule Gauche
FFI : Faisant Fonction d'Interne
Fibro : Fibroscopie / Fibroscopiste
Gastro : Gastro-entérite / Gastro-entérologie / Gastro-entérologue.
Gynéco : Gynécologie/ Gynécologique/ Gynécologue
HAS : Haute Autorité de Santé
Hba1c : Hémoglobine glyquée
HBPM : Héparine de Bas Poids Moléculaire
Hémato : Hématologie / Hématologue
HTA : Hypertension artérielle
IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
Infartc : Infarctus
INR : International Normalized Ratio
Iono : Ionogramme
IRM : Imagerie à Résonnance Magnétique
IV : Intraveineux
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
Labo : Laboratoire d'analyses médicales
Manip radio : Manipulateur en radiologie
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MG : Médecin Généraliste
Mg : Milligramme
Ml : Millilitre
NACL : Chlorure de Sodium
NdA : Note de l'auteur
NEJM : The New England Journal of Medicine
Neuro : Neurologie / Neurologique / Neurologue
NFS : Numération Formule Sanguine
Noradré : Noradrénaline
OAP : Œdème Aigu Pulmonaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Ordi : Ordinateur
ORL : Oto-rhino-laryngologiste
Ortho : Orthopédie / Orthopédique / Orthopédiste
Périph : Hôpital de périphérie
PH : Professeur Hospitalier
PL : Ponction lombaire
PMI : Protection Maternelle et Infantile
Post-op : Post-opératoire
PR : Polyarthrite rhumatoïde
Prat : praticien maître de stage de médecine générale
Psy : Psychiatre / Psychiatrie/ Psychiatrique / Psychologue
Reco : Recommandation
RAC : Rétrécissement Aortique Calcifié
Radio: Radiographie / Radiologie/ Radiologue
Réa : Réanimation / Réanimateur/ Réanimatrice
RMM : Réunion de morbi-mortalité
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
Scan: Scanner
SCA ST+ : Syndrome Coronarien Aigu avec sus-décalage du segment ST
SDF : Sans Domicile Fixe
SMUR: Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
Tropo : Troponine
TP : Taux de Prothrombine
TV : Toucher Vaginal
UI : Unité Internationale
USIC : Unité de Soins Intensifs Cardiologiques
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
VS : Vitesse de Sédimentation

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
LISTE DES ABREVIATIONS	4
SOMMAIRE	7
I- INTRODUCTION	13
A. Définitions	13
1. L'évènement indésirable associé aux soins (EIAS)	13
2. L'évènement indésirable grave	14
3. L'erreur médicale	14
4. La faute.....	14
5. L'aléa thérapeutique	15
6. L'évènement porteur de risque.....	15
B. Contexte et problématique	16
II- METHODE.....	23
A. Population étudiée et recrutement	23
B. Réalisation des entretiens	24
C. Type d'étude et analyse des entretiens	25
III- RESULTATS	27
A. Les entretiens.....	27
1. Caractéristiques des entretiens	27
2. Situations médicales, types d'erreur et conséquences : tableau récapitulatif.....	27
B. Le contexte	31
1. Le lieu de l'erreur.....	31
2. Le semestre concerné	31
3. L'erreur d'un collègue.....	32
4. Les facteurs favorisant.....	32
5. Les intervenants.....	33
5.1. Le nombre d'intervenants.....	33
5.2. La nature des intervenants.....	34
6. Les situations médicales rencontrées	35
C. Les échanges.....	35
1. Avant la survenue de l'erreur.....	35
1.1. La demande d'aide auprès du senior pour la prise en charge du patient.....	35
1.2. La réponse du senior	37
1.2.1. Une réponse adaptée	37
1.2.2. Une réponse inadaptée.....	38

2. Comment l'interne découvre-t-il son erreur ?.....	38
2.1. Le signalement de l'erreur par un collègue	38
2.1.1. Des filtres efficaces	38
2.1.2. Au hasard d'une conversation	39
2.1.3. Une annonce volontaire mais brutale	40
2.2. L'annonce par le patient	41
2.3. La découverte de l'erreur par soi-même.....	42
2.4. L'absence de signalement	42
3. Comment l'interne révèle-t-il son erreur au senior ?	42
4. Après la découverte de son erreur, l'interne peut demander de l'aide à un confrère autre que son senior.....	43
4.1. Les échanges positifs.....	43
4.2. Les échanges négatifs.....	44
4.2.1. Une absence de réponse.....	44
4.2.2. Une réponse inadaptée aux compétences de l'interne	45
4.2.3. De l'agressivité et de la colère	45
5. Le retour sur l'erreur : une ouverture à la discussion avec le senior.....	46
5.1. Un retour spontané du senior	46
5.2. Un retour à l'initiative de l'interne : quelles motivations ?.....	47
5.3. Ne pas parler de ses erreurs à son senior.....	48
6. Le corps de la discussion avec le senior.....	49
6.1. Les interactions et échanges positifs	49
6.1.1. Une attitude bienveillante des seniors	49
Rassurer l'interne	49
Dédramatiser	50
Evoquer ses erreurs personnelles	50
6.1.2. La volonté de tirer un enseignement de l'erreur.....	50
Analyser et identifier les erreurs	50
Accompagner l'interne.....	51
Ouvrir la discussion aux confrères d'autres services	52
Mettre en place une RMM ou un temps dédié à la discussion entre soignants	52
6.2. Les interactions et échanges infructueux	52
6.2.1. Un discours qui ne répond pas aux attentes de l'interne	52
6.2.2. Des attitudes négatives envers l'interne	53
Absence de soutien	53
Colère, agressivité, moquerie, humiliation	54

6.2.3 Le refus de prendre ses responsabilités	54
Un senior fermé à la discussion et niant ses responsabilités.....	54
Dissimulation	55
6.2.4. Une absence de discussion constructive : l'échec d'une approche systémique	56
Une absence totale de communication.....	56
L'échec des mesures de communication entreprises.....	57
Une absence de communication et d'analyse systémique malgré un senior ouvert et un déroulement satisfaisant selon l'interne	58
7. Les échanges avec les co-internes	60
7.1. De rares échanges négatifs	60
7.2. Des échanges majoritairement bénéfiques	60
7.2.1. Une aide à la prise de décision : des échanges peu nombreux mais toujours bienveillants.....	60
7.2.2. Des propos rassurants, empreints d'empathie	61
7.2.3. Un vécu et des sentiments partagés : une discussion d'égal à égal	62
8. Les échanges avec les paramédicaux	62
8.1. Des échanges positifs	63
8.1.1. Des paramédicaux empathiques, une solidarité entre soignants.....	63
8.1.2. Des cadres infirmiers réactifs	63
8.2. Des échanges difficiles.....	64
8.2.1. Faire face à l'opposition des paramédicaux	64
8.2.2. Une attitude défensive, une absence de débriefing.....	64
8.2.3. La peur de « l'étiquette »	65
9. Les échanges avec l'entourage personnel de l'interne	66
10. L'interne peut-il parler de son ressenti et avec qui?	67
11. Parler de l'erreur d'un tiers	68
11.1. Des difficultés à aborder l'erreur d'un collègue.....	68
11.2. De l'empathie envers son collègue	69
11.3. Une absence d'empathie en cas de non-responsabilisation du confrère	69
12. L'information du patient	70
12.1. L'annonce de l'erreur au patient	70
12.2. Lorsque l'annonce au patient ou à sa famille est évitée	71
12.3. Les réactions des patients.....	71
12.3.1. Des patients compréhensifs	71
12.3.2. Des échanges difficiles	72
Un mécontentement manifeste.....	72

Des patients agressifs	73
Une réponse judiciaire	73
D. Le ressenti des internes.....	74
1. Les sentiments ressentis par les internes confrontés à une erreur médicale avérée ou supposée	74
1.1. La culpabilité.....	74
1.2. Les ruminations	77
1.3. La colère	78
1.4. La peur.....	79
1.5. La gêne et la honte	79
1.6. La solitude, l'isolement.....	80
1.7. L'autocritique	80
1.8. L'échec	81
1.9. La perte d'estime de soi	81
1.10. Le doute	82
1.11. La panique, l'angoisse.....	83
1.12. Les réactions physiques : pleurs et insomnies.....	83
1.13. Le besoin de réfléchir aux mécanismes de l'erreur.....	84
1.14. Imaginer les conséquences qu'il aurait pu y avoir	84
1.15. S'estimer chanceux lorsqu'elles ne surviennent pas.....	85
1.16. Les autres ressentis.....	85
2. La perception des échanges par les internes.....	86
2.1. Les difficultés pour initier la discussion sur ses propres erreurs.....	86
2.2. La communication au cours d'une erreur dépend de la relation préalable entre les soignants.....	87
2.3. L'avis des internes sur le déroulement des échanges.....	88
2.3.1. Ce que les internes ont apprécié	89
Le soutien des seniors	89
La disponibilité des seniors.....	90
Des seniors responsables permettant une discussion d'équipe constructive	90
Des seniors parlant de leurs propres erreurs	90
2.3.2. Ce que les internes ont mal vécu lors des échanges	91
Une pression trop lourde sur leurs épaules : l'obligation d'être infaillible.....	91
L'injustice	91
Un manque de soutien des seniors dans les situations difficiles.....	92
... qui alimente un sentiment de solitude chez l'interne.....	93

Des seniors méprisants ou humiliants.....	93
Des propos décevants : un manque d'attention aux besoins de l'interne	93
Une absence de volonté d'analyse constructive.....	94
2.4. Nos erreurs, sources d'apprentissage ? Des perceptions divergentes	95
2.5. Prendre du recul par rapport à l'attitude du senior.....	95
2.6. Les attentes des internes.....	96
E. L'influence de l'erreur sur la pratique ultérieure.....	98
1. Les changements constructifs.....	98
2. Les changements défensifs.....	99
F. Les réactions des internes par rapport aux focus groupes.....	102
G. L'impact de l'enseignement « Erreur médicale : analyse, impact, gestion » de l'université Paris Diderot sur les internes de médecine générale.....	103
1. Un enseignement très apprécié.....	103
1.1. Libérer la parole, déculpabiliser.....	103
1.2. Offrir un regard extérieur bienveillant	105
1.3. Encourager un travail de réflexion	105
1.4. Faciliter les échanges à l'avenir	106
2. Quelques points négatifs : des améliorations possibles	106
3. Le souhait que cet enseignement perdure	107
H. Les propositions des internes pour améliorer la discussion autour de l'erreur	108
1. Le besoin d'un suivi psychologique	108
2. Un tuteur référent : des avis mitigés.....	109
3. Des groupes de discussion entre soignants	110
IV- DISCUSSION.....	113
A. Les principaux résultats.....	113
B. Forces et limites de l'étude	116
1. Forces de l'étude.....	116
1.1. Un sujet original	116
1.2. La méthodologie.....	117
2- Limites de l'étude et difficultés rencontrées.....	118
2.1. Le biais de recrutement	118
2.2. Le biais de mémorisation	119
2.3. Le biais d'expression.....	119
2.4. Le biais d'investigation	119
2.5. Le biais d'interprétation	119
2.6. L'inexpérience de l'enquêteur.....	120
2.7. Les différentes perceptions du concept d'erreur et la diversité des expériences évoquées	120

2.8. Les difficultés de recrutement	121
C. Comparaison avec la littérature	121
1. Le lieu de l'erreur et les facteurs favorisant	121
2. Des spécificités médecine hospitalière – médecine de ville ?.....	122
3. Révéler ses erreurs à ses pairs : un dilemme	124
4. La communication entre internes et paramédicaux.....	125
5. Le soutien entre co-internes : un sentiment d'appartenance sociale ?	127
6. Les seniors au cœur des attentes des internes	128
7. L'impact sur les internes	129
8. L'annonce de l'erreur : toujours brutale pour l'interne.....	131
9. Parler à nos pairs de leurs erreurs : plus difficile que parler de nos propres erreurs ?	132
10. « Hidden curriculum » et erreur médicale.....	134
11. La fatalité.....	135
12. Des internes ouverts aux échanges.....	136
13. Avis sur le cours « Erreur médicale : analyse, impact, gestion ».....	136
D. Perspectives	137
V- CONCLUSION.....	140
BIBLIOGRAPHIE	143
ANNEXES.....	148
Annexe 1	148
Annexe 2	149
Annexe 3	249
RESUME.....	250
PERMIS D'IMPRIMER.....	251

I- INTRODUCTION

Chaque médecin peut être, à tout moment de sa carrière, confronté à l'erreur médicale, qu'elle soit sienne ou celle d'un confrère.

L'erreur médicale est un sujet de plus en plus abordé dans notre société : par les patients qui accèdent à une information médicale foisonnante grâce à internet, par les médias que le sujet attire, par les autorités de santé qui souhaitent voir le nombre d'erreurs diminuer, et par les médecins qui y pensent au quotidien.

L'erreur n'est pourtant pas plus fréquente qu'auparavant [1]. Elle a toujours fait partie de la pratique du médecin et est intrinsèque à l'art médical.

A. Définitions

Afin de mener à bien notre travail, et de le rendre compréhensible pour les lecteurs, il est nécessaire de rappeler quelques définitions.

1. L'évènement indésirable associé aux soins (EIAS)

Il existe dans la littérature internationale plus de vingt définitions différentes de l'évènement indésirable [35].

En 2006, l'OMS [36] a proposé cette définition : « *Un incident touchant à la sécurité des patients est un évènement ou une circonstance qui aurait pu entraîner, ou a entraîné, une atteinte inutile pour un patient.* »

C'est la définition présentée dans l'étude ESPRIT [37] de 2013 et retenue par l'HAS : « *Un évènement indésirable est un évènement 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 produise pas de nouveau.* »

Un EIAS peut aller du « presque évènement » (récupéré à temps) à l'évènement indésirable grave mettant en jeu le pronostic vital du patient.

2. L'évènement indésirable grave

Les événements indésirables graves associés aux soins (EIG) sont définis comme des événements défavorables pour le patient, ayant un caractère certain de gravité (à l'origine d'un séjour hospitalier ou de sa prolongation, d'une incapacité ou d'un risque vital) et associés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention [1].

3. L'erreur médicale

Selon l'OMS [38], l'erreur médicale est un phénomène « *complexe, inévitable et lié à la nature humaine* ». Elle reprend la définition de Reason J. qui a défini les erreurs comme « *des séquences planifiées d'activités mentales ou physiques qui ne parviennent pas à atteindre l'objectif désiré, quand ces échecs ne peuvent être attribués à l'intervention du hasard* ».

L'erreur désigne alors un acte pouvant conduire à un résultat non souhaité et dont on ne souhaite pas qu'il se reproduise.

L'erreur peut être une action (un acte réalisé alors qu'il n'aurait pas dû l'être ou qui aurait dû être réalisé différemment) ou une omission (un acte qui aurait dû être réalisé mais qui ne l'a pas été). L'erreur n'a pas toujours de conséquence délétère pour le patient : elle peut être décelée et corrigée avant d'impacter le patient.

Le terme d'évènement indésirable évitable est désormais préféré à celui d'erreur qui comporte une connotation très culpabilisante pour le soignant impliqué.

4. La faute

Le terme d'erreur est parfois confondu avec celui de faute, notamment par les soignants culpabilisés. L'utilisation de ce dernier est délicate car ce mot est lourd de sens : la faute désigne un manquement à une règle, une manière d'agir qui manifeste un manque de prudence selon le dictionnaire de langue française Larousse [39]. C'est un terme juridique désignant un manquement aux obligations contractuelles du médecin envers son patient. Cela implique une négligence du médecin, une infraction aux règles de bonnes pratiques et désigne un manque de professionnalisme (d'organisation, de rigueur, d'attention...), le médecin ayant alors fait défaut à ses obligations de prise en charge du patient [16].

Selon la HAS, une erreur médicale est fautive si elle résulte de soins non attentifs, non consciencieux ou non conformes aux données acquises de la science et constitue de ce fait un événement indésirable évitable. [23]

5. L'aléa thérapeutique

Il appartient aux EIAS, mais se distingue par son caractère inévitable. Il est défini par le juge comme la « *réalisation en dehors de toute faute du praticien d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne peut être maîtrisé* » (Cour de cassation 1re, 8 novembre 2000 - Cour d'appel de Paris, 19 janvier 2007 et 30 octobre 2009).

La loi du 4 mars 2002 à l'article L.1142-1 II° ne reprend pas ce terme d'aléa thérapeutique mais instaure un régime d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, infections nosocomiales et affections iatrogènes en l'absence de faute d'un professionnel ou d'un établissement public ou privé. Ce régime repose sur trois conditions cumulatives et indispensables :

- un préjudice directement imputable à un acte de diagnostic, de prévention ou de soin ;
- des conséquences anormales pour le patient : disproportion entre le résultat de l'acte et l'évolution normale et prévisible de l'état de santé de la personne ;
- le dommage doit avoir atteint un seuil de gravité fixé par décret [23].

6. L'évènement porteur de risque

C'est un évènement indésirable, qui aurait pu conduire à des conséquences pour le patient mais qui n'en a pas eu. Selon l'ANAES [6], c'est une « *situation qui aurait conduit à l'accident si des conditions favorables n'avaient pas permis de l'éviter.* » On parle alors de « *presqu'accident* » ou « *near-miss* » dans la littérature anglo-saxonne.

B. Contexte et problématique

En France, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a réalisé en 2004 l'Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins (ENEIS), rééditée ensuite en 2009 [1].

Le rapport de 2009 révèle que 4,5% des hospitalisations sont dues à un effet indésirable grave (EIG) et que 6,2 EIG surviennent en 1000 jours d'hospitalisation.

On estime que 95 000 à 180 000 EIG ayant causé une hospitalisation, et 160 000 à 290 000 EIG survenus lors d'un séjour hospitalier sont évitables.

Ceci est venu renforcer l'impact du rapport « *To err is human* » de Kohn L. [2], effectué dans les hôpitaux et publié en 2000 aux Etats-Unis, qui soulignait déjà le poids des erreurs médicales. Il estimait alors qu'elles étaient responsables de 98 000 décès par an.

La devise d'Hippocrate [3] *Primum non nocere* prend alors tout son sens. Chacun de nos actes peut être source de danger. Nous exerçons la médecine pour soigner, accompagner, soulager, et pouvons vivre comme un échec la survenue d'une conséquence délétère pour nos patients. Bien que des recommandations de bonnes pratiques et des protocoles se développent pour aider le médecin dans ses décisions et diminuer les erreurs, la médecine reste une science humaine inexacte. Les soignants sont humains et donc faillibles.

En plus de faire de notre mieux pour préserver nos patients et éviter la survenue d'erreurs, nous devons savoir comment réagir lorsque celle-ci survient. En effet, une fois que l'on ne peut plus revenir en arrière et que le mal est fait, il faut y faire face et tirer un enseignement.

Il est alors nécessaire d'adopter une « *pratique réflexive* », comme le préconise Galam E. [4]. Cela consiste à développer une réflexion sur nos actions en décrivant leurs modalités, et en analysant les causes. Nos erreurs sont des « *gisements de qualité* » [4] qui doivent être analysés pour améliorer nos pratiques. Des grilles types ont notamment été proposées pour aider à structurer notre réflexion et l'analyse de nos erreurs [4 ; 5].

Dans son rapport sur les « *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé* » de janvier 2003, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) [6] explique qu'un « *système sûr n'est pas un système dans lequel il ne se commet pas d'erreur, mais un système qui se protège par une suite de défenses en profondeur contre le développement "d'histoires d'accidents" à partir des erreurs commises. Aucune de ces défenses ne peut garantir la sécurité, mais leur empilement finit par conférer une fiabilité acceptable au système.* » Le rapport rappelle que dans de nombreuses sources de la littérature

(Allwood CM. 1984 ; Rasmussen J. 1997 ; Reason J. 1993 ; Rizzo A. *et al.* 1987 [7-10]), la qualité d'un opérateur ne se détermine pas par son absence d'erreur, mais par sa capacité à les détecter et à les récupérer.

Derrière l'erreur d'un individu se cachent donc des mécanismes complexes. La mise à jour des différents maillons permet l'analyse de la chaîne de l'erreur, la compréhension de sa survenue, et l'élaboration de moyens pour éviter une récurrence. C'est dans cette optique que l'obligation pour tout professionnel de santé de déclarer un EIG lié aux soins a été établie par le Code de Santé Publique. Ce devoir de signalement « *d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé* » inscrit dès 2002, a été ensuite mûri. En 2010, l'Agence Régionale de Santé (ARS) est désignée pour recueillir et analyser ces déclarations d'EIG, dans un esprit d'amélioration des pratiques et de sécurité du patient.

L'ANAES [6] préconise d'examiner « *une action déviante de la norme [...] indépendamment de la responsabilité de l'individu* », « *de déterminer les causes et le contexte de l'erreur* », et souligne que « *cela suppose de s'affranchir de la recherche d'un fautif.* » Son rapport souligne l'existence « *d'erreurs latentes* » (défaut de conception, de réglementation, de management) qui seront révélées par un opérateur lors d'une « *erreur patente* ». L'analyse ne doit alors pas se focaliser uniquement sur l'opérateur, mais sur les mécanismes de défense du système qui n'ont pu empêcher que l'erreur de l'opérateur ne dégénère en accident.

Il serait extrêmement réducteur de considérer que l'accident ne survient que par faute d'un seul opérateur. La survenue de l'accident révèle en réalité l'inefficacité d'un ou plusieurs systèmes de défense, qui auraient dû résister à l'éventuelle faute de l'opérateur. Cette approche s'appelle « *l'approche systémique de la gestion des risques* ».

Le célèbre rapport « *To err is human* » [2] de l'institut américain de médecine, publié en 2000 par Kohn L. articulait déjà toutes ces notions importantes : avec la volonté de développer une culture de la sécurité, les auteurs prônaient et démontraient la nécessité de déclarer aussi bien les EIG que tous les autres incidents, pour une analyse de fond de chaque problème. Défendant le principe selon lequel la majorité des erreurs ne repose pas sur un individu mais sur un système défectueux dans son ensemble, les auteurs démontraient la nécessité de ne pas blâmer un individu, mais de réaliser une analyse systémique constructive. L'objectif étant d'aboutir à un système de santé plus sûr qui permette d'éviter aux erreurs de survenir, ou que celles qui surviennent n'aient pas d'impact sur les patients.

Dans cet esprit d'analyse, plusieurs approches sont développées depuis quelques années : la Haute Autorité de Santé (HAS) a édité un guide en mars 2012 s'inscrivant dans une politique publique de lutte contre les événements indésirables associés aux soins [11].

Son but est de développer l'approche systémique de l'erreur et de permettre la maîtrise du risque associé aux soins, reposant sur « *une démarche globale, collective, organisée et suivie* ».

Des organismes de gestion des risques comme « ORTHORISQ » ou « GYNERISQ » ont été créés pour recueillir les déclarations « anonymisées » d'Événements Porteurs de Risque (EPR), élaborer des recommandations permettant d'éviter la récurrence, et en assurer la diffusion. Ces organisations existent pour plusieurs spécialités, et sont constituées des collèges d'experts correspondants. Ils fonctionnent en concertation avec la HAS, dans le respect du secret médical et de l'indépendance vis-à-vis des établissements de santé et des sociétés d'assurance.

Ceci s'inscrit dans le Programme National pour la Sécurité des Patients (PNSP) [12] destiné à être mis en œuvre entre 2013 et 2017, et qui s'articule autour de quatre axes : le renforcement de l'information du patient et de la relation soignant-soigné ; la déclaration des événements indésirables avec analyse systémique dans une logique d'apprentissage ; l'élaboration de formations à la sécurité des soins et le développement de la recherche à ce sujet.

La HAS a également lancé le Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe (PACTE) [13] destiné à améliorer le fonctionnement des équipes des établissements de santé candidats, en effectuant un travail sur des thématiques précises, grâce à des exercices de simulation notamment. L'objectif est de rendre plus performantes les équipes constituant les barrières de sécurité contre les événements indésirables.

La HAS encourage également la production de Revues de Morbi-Mortalité (RMM) et a produit des guides pour aider leurs mises en place [14]. Ce sont des analyses collectives, systémiques, rétrospectives de cas marqués par la survenue d'une complication ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient. Elles prennent en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) y ayant contribué. Elles ont pour objectifs de tirer des enseignements et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Elles peuvent être mises en œuvre au sein d'un établissement, d'un réseau de santé, ou entre pairs.

En parallèle, le programme Éviter l'Évitable [15] a été créé, par Prescrire en 2007, pour permettre aux abonnés de la revue de signaler sur le site internet dédié toutes « *situations à risques, erreurs, ou événements indésirables évitables liés aux soins* ». Les signalements sont analysés de façon confidentielle et rendus anonymes. Ce programme a été développé pour

créer un partage d'expériences, et permettre au lecteur de tirer un enseignement des erreurs ou incidents rencontrés par autrui.

Nous observons donc la naissance de plusieurs guides et concepts pour nous aider à rapporter nos erreurs et à y puiser un enseignement. Cela nécessite que nous fassions l'effort de ne pas nous laisser submerger par nos peurs et de ne pas opter pour le silence. Les craintes qui peuvent envahir les soignants et les conduire à taire leurs erreurs sont pourtant nombreuses.

Dans son ouvrage « *L'erreur médicale, le burn out et le soignant* » [16] Galam E. s'est intéressé aux éléments qui peuvent entraver les échanges entre collègues : soit le soignant impliqué n'est tout simplement pas conscient de son erreur, soit il craint de perdre la confiance et le respect de ses pairs, d'être considéré comme incompetent et ridiculisé. La nature concurrentielle de la formation médicale, l'image de perfection attribuée au médecin, et le silence habituellement ancré autour de l'erreur sont d'autres facteurs qui conduisent à ne pas parler. Pour les étudiants, la crainte d'une remise en question de leur diplôme ou de leur carrière a un rôle important.

Il existe très peu d'aides, concernant les échanges entre soignants, de la part des autorités de santé ou des chercheurs. Une mise au point est tout de même parue en 2013 dans le *New England Journal of Medicine (NEJM)* [17]. Un collège d'experts y précise la conduite à tenir lors de l'annonce, au patient, de l'erreur médicale d'un collègue. Il reconnaît le droit à la transparence pour le patient et la nécessité de révéler l'erreur médicale qui l'a impacté. Mais il insiste également sur la nécessité d'agir de façon consensuelle, sans se fier à sa seule opinion, en discutant avec le confrère concerné ou d'autres collègues avant toute annonce au patient. Tout cela doit être fait en conservant une attitude bienveillante, pour ne pas confondre signalement de l'erreur et délation. En plus d'être non confraternelle, une attitude négative envers un confrère altère fortement la confiance du patient envers le soignant, et peut diminuer son adhésion aux soins comme le montre Amalberti R. [18].

Lors d'une erreur, il ne suffit donc pas de la désigner, il faut trouver le ton juste pour en parler. Parler ouvertement de son erreur devient d'autant plus difficile, dans notre société, que la judiciaireisation augmente. Le soignant peut craindre de déclencher des poursuites en dévoilant son erreur, ou d'attirer l'attention sur une erreur déjà connue, mais pour laquelle il aurait été jusque là « épargné » [21]. Une des études qui l'illustre est celle de Plu.I *et al.* en 2007, auprès de 139 généralistes de Côte-d'Or : 65% des médecins interrogés craignent la mise en examen par un juge, 40% une sanction pénale, 39% le dépôt d'une plainte en justice, et 34% la tenue d'un procès [22].

Ces appréhensions peuvent expliquer la difficulté que représente l'annonce d'une erreur médicale au patient concerné. La HAS a édité en 2011 un guide « *Annonce d'un dommage associé aux soins* » [23] afin d'apporter une aide pratique au professionnel de santé dans cette tâche délicate. Même si la crainte des poursuites judiciaires représente le risque « ultime », l'annonce au patient est source de plusieurs sentiments négatifs chez les soignants : peur de perdre la confiance du patient, sentiment d'indignité, d'avoir trahi [16].

Il est nécessaire de comprendre ce qui peut influencer le ressenti des patients et les conduire vers la voie judiciaire. En 1992, Hickson *et al.* [24] ont montré qu'une des raisons pour lesquelles les patients entament des poursuites judiciaires est le souhait que personne d'autre ne soit à nouveau victime de cette erreur.

Nazione S, Pace K. [21] ont réalisé une enquête en 2015. Ils ont étudié l'influence que peut avoir l'attitude des médecins responsables d'une erreur médicale sur le ressenti des patients affectés. Ils ont montré que, contrairement à ce qui est naturellement craint par les médecins, le fait de présenter ses excuses au patient n'est pas perçu comme un aveu de culpabilité, et n'augmente pas la rancœur envers le praticien. Toutefois, le fait de s'excuser n'apporte pas non plus de bénéfice quand à la colère du patient, ou à la demande d'indemnisation.

C'est l'empathie manifestée par le soignant qui semble apporter le plus de bénéfice. Dans une moindre mesure la recherche d'actions correctives, pour éviter la récurrence de l'erreur, améliore l'attitude du patient envers le praticien.

Trouver les bons mots est d'autant plus important que l'erreur affecte, à la fois, le patient et les soignants. C'est Wu A. [19] qui en 2000 introduit la notion de « *seconde victime* », expliquant que le soignant ayant commis l'erreur se retrouve lui aussi en position de victime. Le premier à en pâtir est bien évidemment le patient. Mais le médecin souffre lui aussi du mal-être ressenti et/ou du jugement négatif dont il peut devenir la cible.

En 2005, Chanelière M. [20] a réalisé sa thèse d'exercice, auprès des médecins généralistes enseignants de la faculté de Lyon et a montré que 92% avaient été impactés suite à une erreur, sur les plans professionnel et personnel.

Bien que ce statut de seconde victime soit abordé depuis une quinzaine d'années, il reste encore très tabou : en effet, comment peut-on oser se plaindre alors que l'on est l'auteur de la souffrance d'autrui ?

Les craintes ressenties par les médecins sont compréhensibles : le médecin doit être irréprochable dans un univers très concurrentiel depuis le début de sa formation, où l'on attend de lui d'être compétent, dévoué et infaillible. Or, c'est en acceptant nos imperfections que nous pourrions identifier nos erreurs et les gérer, nous permettant ainsi de ne plus être « les

secondes victimes, mais bien les premiers acteurs». [25] Ce poids qui repose sur les épaules des soignants est même perceptible dans le serment d'Hippocrate, au travers des derniers mots prononcés par les étudiants avant de devenir docteur : « *Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque* » [3].

Le regard des étudiants en médecine sur la communication autour d'une erreur peut être également intéressant. La confrontation des internes, médecins en formation, à l'erreur médicale est particulière : lorsqu'ils la rencontrent, pour la première fois, ils doivent faire face à sa brutalité et à ses retentissements, sans expérience aucune de sa gestion. De plus, de par leur statut « d'apprentis », nous pourrions être amenés à penser qu'ils sont plus sujets aux erreurs que leurs aînés. Ces spécificités rendent le point de vue des internes particulièrement intéressant à étudier.

Par exemple, Venus E *et al.* [26] rapporte après analyse de 70 questionnaires et 10 entretiens des internes de l'université Paris Diderot en 2011, que 97% des étudiants ont déjà commis une erreur médicale, et 33% auraient souhaité avoir davantage parlé des circonstances de leur erreur avec leurs supérieurs. Dans sa thèse d'exercice, elle a constaté que face à une erreur médicale, seulement 29% des internes estiment avoir été parfaitement soutenus [27]. Il semble exister une importante inadéquation entre les besoins des internes et le soutien qui leur est proposé. Nous pouvons alors nous demander si cela est dû à un trop grand besoin d'être soutenu, dans des situations de détresse profonde, ou si ce sont les réponses qu'ils reçoivent qui sont inadaptées à leurs demandes pourtant légitimes et raisonnables.

Quelles sont les attentes des internes qui doivent gérer une situation d'erreur médicale ? Quels sont les soutiens rencontrés en pratique, leurs qualités et leurs limites ?

Pour ses internes, l'université Paris Diderot a créé un enseignement constitué de deux sessions [28]. Une session « aller » principalement théorique, aborde les thèmes d'erreur, d'évènements indésirables, de communication et de soignant « seconde victime ». Bien que magistral, cet enseignement reste toutefois ouvert, et chaque interne peut intervenir pour poser une question ou développer un point de vue. Pour la session « retour », un mois après, chaque interne rédige une trace d'apprentissage sur une erreur médicale rencontrée, et en fait le récit en présence de tous, permettant une discussion ouverte entre internes et enseignants.

Cela fait écho à ce que retrouve Venus E *et al.* [26] : la majorité des internes préfère une discussion ouverte lors de la survenue d'une erreur, plutôt qu'un enseignement théorique en faculté.

La préparation de notre travail nous a conduits à réaliser une lecture critique d'article, qui a été publiée dans la *Revue Médecine* [29] cette année. Elle porte sur l'article de Kittmer T *et al.* [30] dans lequel sont interrogés des étudiants en chirurgie ayant suivi un enseignement de ce type. 80% des étudiants présents avaient jugé utile ce type d'enseignement, et 85 % pensaient avoir acquis de nouvelles connaissances, ou des points de vue différents. Les professeurs, également interrogés, avaient constaté que la discussion en petits groupes facilitait la réflexion de chacun sur des sujets sensibles.

Ce concept qui est appelé « *récits de situations critiques* », est né lors de la Seconde Guerre mondiale, lorsque le psychologue Flanagan J.C [31] l'utilisait pour comprendre les accidents d'avions militaires. Dans les années 1990, les auteurs Mezirow J. [32] et Brookfield S. [33] louaient les mérites de ces récits d'expériences enrichissantes. Cet enseignement était alors désigné comme « *a transformative learning* ». Plus tard en 2005, Branch WT. [34] souligna à nouveau l'utilité de cet enseignement pour les étudiants, et les bénéfices pour leur apprentissage dans un environnement bienveillant.

L'objectif principal de notre travail est d'étudier la communication entre soignants lors de la survenue d'une erreur médicale de l'un d'entre eux, qu'elle soit avérée ou supposée.

Pour cela, nous avons donné la parole à des internes de médecine générale d'Ile-de-France.

Nous nous intéresserons dans un premier temps au contexte de survenue des erreurs, puis nous étudierons les échanges qui en découlent : les difficultés rencontrées, ainsi que les éléments de communication qui auront été bénéfiques.

Nous nous intéressons aux ressentis des internes et à ce qu'ils attendent de ces échanges.

Enfin, nous tenterons d'évaluer auprès des internes de l'université Paris Diderot si une formation universitaire spécifique peut permettre d'améliorer les échanges sur l'erreur médicale, et quel type de formation semble préférable selon les internes.

II- METHODE

A. Population étudiée et recrutement

La population étudiée est celle des internes en cours de DES de médecine générale en Ile-de-France. La majorité des internes interrogés venait de l'université Paris Diderot, mais nous avons également pu interroger des étudiants d'autres facultés d'Ile-de-France.

Nous avons tenté de recruter des internes par voie informatique en mars 2014 en envoyant un mail aux internes de médecine générale de l'université Paris Diderot, *via* le site internet du département de médecine générale (DMG). Pour cela, nous avons sélectionné les internes qui étaient présents au cours « Erreur médicale : analyse, impact, gestion » de décembre 2013 et qui étaient identifiés sur la liste d'émargement. Nous expliquions le sujet de notre étude et propositions de réaliser des focus groupes.

Nous n'avons malheureusement pas eu de réponse. A cette période, les internes étaient très sollicités par mail pour participer à différents questionnaires ou enquêtes et notre mail a pu être noyé parmi les multiples sollicitations. Le sujet délicat de l'erreur et la proposition d'en parler en groupe a également pu entraîner une certaine retenue chez les internes.

J'ai alors contacté personnellement, par téléphone, chaque interne dont le nom figurait sur la feuille d'émargement. J'ai reçu un accueil globalement positif, quelques internes cependant semblaient réticents et n'ont pas donné suite. Pour les autres, nous avons convenu de réaliser des entretiens individuels. Cela étant plus aisé d'un point de vue logistique (planning de chacun, etc.) et afin que les internes ne soient pas freinés par la gêne de s'exprimer devant un groupe.

Au cours de cet échange téléphonique, j'exposais aux internes le sujet de ma thèse et la nature de notre entretien à venir.

Le recrutement pour les focus groupes a été réalisé lors d'enseignements : soit pendant les cours en faculté, soit lors de la réalisation d'enseignements dirigés (ED) du stage de niveau 1 en cabinet de médecine générale. L'objectif de ces cours étant de permettre aux internes de parler de leurs erreurs en petits groupes, nous pouvions ainsi prendre part à un groupe et l'animer afin de recueillir les témoignages nécessaires à notre étude.

Lors des cours en faculté, je prenais part à un groupe composé au hasard. Lors des ED, les étudiants présents étaient ceux appartenant au groupe d'ED du Dr Galam.

Nous avons veillé à recruter des internes ayant assisté à l'enseignement « Erreur médicale : analyse, impact, gestion » et des internes ne l'ayant pas encore reçu.

B. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre décembre 2013 et janvier 2015.

Pour les entretiens individuels, les rendez-vous ont eu lieu au sein de la faculté Paris Diderot ou dans un lieu public selon les préférences des internes.

Le but de notre étude et le sujet de l'entretien avaient été expliqués par téléphone, mais je revenais tout de même sur la motivation de nos recherches et le but de notre rencontre avec chaque interne. Il est arrivé plusieurs fois que je raconte moi-même brièvement une situation d'erreur m'ayant posé un problème de communication afin que l'interne visualise mieux ce que j'attendais et qu'il se sente à l'aise.

Les focus groupes ont été réalisés lors de deux enseignements de la faculté Paris Diderot : « Erreur médicale : impact, analyse, gestion. » et l'enseignement mutualisé d'Ile-de-France « De l'erreur médicale à la sécurité du patient ». D'autres focus groupes ont été réalisés dans le cadre d'un ED pour les internes en stage de médecine ambulatoire de niveau 1 intitulé : « Erreur médicale : en parler mais comment ? »

Les internes étaient informés de la raison de ma présence et du but de nos recherches au début de chaque enseignement, ainsi que de la possibilité de refuser librement de participer à notre étude.

J'ai réalisé la majorité des entretiens. Trois focus groupes ont été animés par le Dr Galam et moi-même, un focus groupe a été animé par le Dr Galam seul.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, après information des participants et en les assurant du respect de leur anonymat.

La durée des entretiens varie de 24 minutes à 1 heure et 19 minutes.

Afin de réaliser des entretiens semi-dirigés, un guide d'entretien a été réalisé avec l'aide du Dr Galam et à partir des données de la littérature déjà existante [Annexe 1]. Ce guide permettait d'aborder les questions essentielles à notre étude avec chaque interne. Toutefois l'ordre des questions et la formulation varie d'un entretien à un autre et certaines questions ont pu être modifiées au fil des échanges.

C. Type d'étude et analyse des entretiens

Notre étude est une étude qualitative.

J'ai procédé à la retranscription intégrale des entretiens sur un support informatique à partir des enregistrements sonores. Tous les entretiens ont été rendus anonymes et aucune modification n'a été apportée de ma part. J'ai retranscrit, au mot près, les propos des internes sans reformulation ni correction des fautes de langage. L'intégralité des entretiens se trouve en annexe [Annexe 2].

Un codage a été utilisé afin d'identifier chaque interne, et le focus groupe auquel il appartient: les internes interrogés en entretien individuel sont désignés par *Indx* (allant de Ind1 à Ind5) ; les internes interrogés en focus groupes sont désignés par le numéro du focus groupe auquel ils appartiennent *FGx*, suivi du numéro permettant d'identifier l'interne au sein même du focus groupe *Intx* : soit *FGxIntx*.

Les entretiens individuels et les focus groupes ont été numérotés de façon chronologique et les internes en fonction de leur ordre d'intervention dans le focus groupe.

Les erreurs racontées ont ensuite toutes été numérotées, par ordre chronologique de récit, celles des entretiens individuels d'abord puis après celles des focus groupes.

Nous avons ensuite procédé à l'analyse du contenu des entretiens. Pour cela, j'ai relu plusieurs fois chaque texte en relevant les éléments du discours qui se rapportaient aux thèmes que nous souhaitions étudier. Chaque fois qu'une nouvelle idée était repérée dans un entretien, elle était ensuite recherchée dans tous les autres, jusqu'à saturation complète des données.

Afin d'avoir une vision synthétique et globale des entretiens, j'ai réalisé un recueil sous forme de tableaux pour chaque thème que nous souhaitions analyser (contexte, facteurs favorisant, conséquences, échanges, ressenti, etc.).

J'ai procédé ainsi pour chaque récit en apposant en face des thèmes analysés les *verbatim* qui me semblaient intéressants.

Les entretiens ont été également analysés par le directeur de thèse ce qui a permis une triangulation des données.

Pour permettre une analyse plus aisée, j'ai ensuite constitué d'autres tableaux, inversés par rapport aux premiers : j'ai construit un tableau par thème (contexte, échanges, etc.) et j'y rapportais les *verbatim* de chaque récit.

Enfin, une synthèse sous forme de tableau (*voir plus bas*) a été réalisée afin de permettre une vision globale et claire de l'ensemble. Ce tableau regroupe : chaque erreur numérotée, l'internaute qui en est le narrateur, la situation médicale rencontrée, l'erreur commise avérée ou supposée et les conséquences.

III- RESULTATS

A. Les entretiens

1. Caractéristiques des entretiens

Nous avons réalisé, retranscrit puis analysé 13 entretiens au total : 5 entretiens individuels et 8 focus groupes. Cela nous a permis de recueillir les récits de 47 situations d'erreurs. Sept internes ont souhaité évoquer plusieurs cas d'erreur.

La durée des entretiens individuels varie de 33 à 59 minutes avec une durée moyenne de 44 minutes. La durée des focus groupes varie de 24 minutes à 1h19 avec une durée moyenne de 60 minutes.

Lors des focus groupes, une seule interne n'a pas souhaité raconter son expérience (FG8Int4). Elle a tout de même participé aux échanges et aux réflexions avec les participants.

2. Situations médicales, types d'erreur et conséquences : tableau récapitulatif

Le tableau suivant résume pour chaque erreur : le numéro d'identification de l'erreur, l'interne qui en est le narrateur, la situation médicale rencontrée, la nature de l'erreur et ses conséquences.

L'intégralité des entretiens est consultable en annexe [Annexe 2].

		Situations médicales	Erreurs	Conséquences
1	FG1Int1	Hospitalisation d'une personne âgée pour perte d'autonomie et polyopathologies	Prescription de deux anticoagulants et prescription non adaptée à l'insuffisance rénale	Aucune
2	FG1Int1	AVC chez un patient de 35 ans	Absence de diagnostic d'un AVC	Retard diagnostique d'un AVC, conséquences pour le patient non précisées
3	FG1Int2	Otite moyenne aiguë chez un nourrisson de 8 mois	Erreur de posologie lors de la prescription de l'antibiotique (excès)	Aucune en dehors du mécontentement de la mère de l'enfant
4	FG1Int3	Découverte d'ACFA chez un patient de 90 ans	Prescription d'AAP pour une ACFA, alors qu'une anti-coagulation est recommandée	Aucune
5	FG2Int1	Insuffisance rénale et hyperkaliémie	Retard de récupération d'un ionogramme de contrôle d'une hyperkaliémie	Retard de prise en charge de l'hyperkaliémie, retentissement sur l'ECG, bonne évolution clinique
6	FG2Int2	Douleur thoracique atypique	Réalisation d'un ECG incomplet, et erreur de réalisation non vue lors de la lecture	Retard de prise en charge d'un SCA ST+ Pas de séquelle pour le patient
7	FG2Int3	Arrêt cardio-respiratoire	Retard diagnostique et erreurs dans la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire	Décès du patient
8	FG3Int1	Réalisation d'une fibroscopie chez un patient sous anticoagulants	Anticoagulants non interrompus avant la fibroscopie	Report de la fibroscopie, allongement de la durée d'hospitalisation
9	FG3Int2	Douleur abdominale et thoracique fébrile chez un patient avec troubles cognitifs, présentant un déficit neurologique progressif	Retard de diagnostic d'une compression médullaire sur spondylodiscite	Paralysie des membres inférieurs avec perte de chance pour la récupération
10	FG3Int3	Réalisation d'un myélogramme	Mauvaise conservation du tube destiné à la recherche génétique et rendu inutilisable	Réalisation d'un second myélogramme sur la patiente
11	FG3Int4	Appendicite de présentation atypique	Retard diagnostique d'une appendicite de présentation atypique	Retard de prise en charge, abcès appendiculaire
12	FG3Int5	AVC	Administration d'aspirine avant la réalisation du scanner	Aucune
13	FG3Int6	Méningite à pneumocoque chez un bébé de deux mois porteur du VIH	Retard diagnostique d'une méningite à pneumocoque, diagnostic de gastro-entérite initialement	Séquelles neurologiques sévères
14	FG4Int1	Traumatisme de cheville	Erreur sur la côté de la blessure, examen de la cheville controlatérale	Aucune
15	FG4Int2	Chute d'un patient sous AVK, hématome du psoas	Absence de diagnostic d'un hématome du psoas, prescription excessive d'anticoagulant	Aggravation de l'hématome du psoas, choc hémorragique, décès
16	FG4Int3	Choc septique	Erreur diagnostique : diagnostic d'OAP et non de choc septique	Décès de la patiente
17	FG4Int4	Pancytopénie	Absence d'erreur avérée, mais échec du diagnostic étiologique et non guérison d'une pancytopénie	Décès du patient, colère et incompréhension de la famille
18	FG4Int5	Hospitalisation pour chirurgie d'AOMI	Oubli de prescription des antiagrégants habituels du patient pendant l'hospitalisation	Aucune

19	FG4Int6	Chute et ulcères veineux chez une patiente âgée avec perte d'autonomie	Absence d'erreur avérée, désaccord avec le senior sur la prise en charge d'ulcères veineux	Aucune
20	FG5Int1	Consultation du voyageur	Critique virulente de la prescription par la pharmacienne, en l'absence d'erreur réelle	Aucune pour le patient Echanges difficiles avec la pharmacienne
21	FG5Int2	Consultation pour crise d'asthme	A cédé aux exigences d'un patient agressif	Relation difficile avec le patient
22	FG6Int1	Phase postcritique d'une épilepsie	Surdosage en benzodiazépines	Sédation trop profonde puis évolution favorable
23	FG6Int2	Patient adressé par le SMUR pour douleur thoracique. Bilan de vertiges	Non prescription du traitement habituel d'un patient de passage aux urgences	Aucune
24	FG6Int3	Chute d'une personne âgée à domicile	Retard de visualisation d'un examen complémentaire, hyponatrémie vue après la sortie du patient	Aucune
25	FG6Int4	Leucocyturie et contractions utérines lors d'une grossesse gémellaire	Doutes, manque de connaissances sur la conduite à tenir en cas de leucocyturie chez une femme enceinte	Aucune
26	FG6Int5	Syndrome confusionnel chez un patient de psychiatrie	Vêtements rendus par erreur au patient souffrant de troubles psychiatriques, permettant la fugue	Fugue, patient retrouvé le lendemain, pas de conséquences
27	FG7Int1	Intervention en SAMU pour acidocétose	Surdosage en insuline : discordance entre le matériel décrit dans le manuel d'utilisation et le matériel réellement disponible ; non vérification par l'interne de la composition de l'ampoule présente	Hypokaliémie nécessitant une administration de potassium IV, sans autre retentissement
28	FG7Int1	Examen d'une femme avec placenta bas placé	Réalisation d'un TV à une patiente avec placenta bas, absence d'erreur réelle	Aucune
29	FG7Int2	Consultation pour douleur abdominale et vomissements chez un enfant de 8 ans	Diagnostic de GEA et méconnaissance d'une appendicite de forme atypique	Retard diagnostique, péritonite. Evolution favorable par la suite. Plainte des parents
30	FG7Int2	Prescription d'un remplissage	Remplissage avec un soluté non adapté	Aggravation de l'état clinique de l'enfant par hyponatrémie et risque de décès
31	FG7Int2	Décès d'un patient quelques jours après son passage aux urgences pour intoxication alcoolique	Questionnement sur la possibilité d'une erreur diagnostique avec méconnaissance d'une pathologie fatale pour le patient	Décès du patient, non imputable à une erreur du praticien
32	FG7Int3	Appendicite retro-caecale	Absence de diagnostic d'une appendicite retro caecale	Retard diagnostique, pas de conséquence pour le patient
33	FG7Int4	Traumatisme d'un nourrisson, question de maltraitance parentale	Erreurs de communication dans le cas d'une suspicion de maltraitance	Angoisse, colère des parents, incompréhension. Relation famille-médecin conflictuelle
34	FG7Int5	Administration intra-thécale de corticoïdes	Erreur dans la voie d'administration d'un traitement : corticoïdes prescrits par voie intra-thécale mais administrés par voie intraveineuse.	Prolongation de la surveillance hospitalière, pas d'autre conséquence.
35	FG7Int5	OAP	Refus de se déplacer de l'interne de garde sollicité par l'infirmier, falsification du dossier médical	Décès de la patiente Plainte de la famille
36	FG8Int1	Détresse respiratoire chez un patient en soins palliatifs	Administration d'une dose létale d'Hypnovel	Décès du patient
37	FG8Int2	Hépatite fulminante	Retard diagnostique d'une hépatite fulminante, oubli	Retard de prise en charge, transplantation

			de prescription du TP	hépatique
38	FG8Int3	Fièvre chez un patient neutropénique	Absence de prescription d'antibiotique chez un patient neutropénique fébrile Erreur de communication autour de la prise en charge du patient et du rôle de chaque soignant	Sepsis sévère et décès du patient
39	Ind1	Cervicalgies	Retour à domicile d'une patiente avec cervicalgies présentant quelques jours après une compression médullaire : se pose la question de l'absence de diagnostic de compression médullaire Perte de ses moyens face à l'agressivité de la patiente	Chirurgie en urgence, pas de séquelle Colère de la patiente
40	Ind2	Suspicion d'embolie pulmonaire	Diagnostic erroné d'embolie pulmonaire Absence de signalement de la discordance entre comptes-rendus provisoires et définitifs par les radiologues Compte-rendu définitif non vu par l'équipe soignante	Patient anti-coagulée à tort, voyage personnel annulé
41	Ind2	Décès sur trouble du rythme cardiaque	Absence d'erreur, l'interne s'interroge sur sa responsabilité dans le décès inattendu du patient	Décès du patient, non lié à une erreur
42	Ind2	Etat de choc	Retard de prise en charge d'un état de choc	Décès du patient
43	Ind3	Trouble de conscience sévère, réanimation pédiatrique	Retard de prise en charge d'une réanimation pédiatrique, erreurs multiples et désorganisation	Aggravation de l'état neurologique de l'enfant, décès probable
44	Ind4	Œdème de Quincke	Retard de prise en charge d'une réaction allergique, défaut de surveillance lié à une mauvaise organisation des transmissions	Aggravation de la réaction allergique en choc anaphylactique Séjour en réanimation mais évolution favorable ensuite
45	Ind4	Œdèmes importants chez une femme de 90 ans	Absence de diagnostic étiologique, pas d'erreur avérée	Décès de la patiente
46	Ind5	Bilan d'hypertension	Erreur de prescription : inversion de patients	Aucune en dehors du mécontentement de la patiente
47	Ind5	Détresse respiratoire, fin de vie	Difficulté de décision de non acharnement chez une patiente en fin de vie, critiquée par les collègues, pas d'erreur certaine	Patient transférée en réanimation

B. Le contexte

1. Le lieu de l'erreur

21 erreurs ont eu lieu lors d'un stage aux urgences (15 aux urgences adultes, 3 aux urgences pédiatriques, 2 aux lits-portes des urgences et une au SAMU).

Les autres lieux de stage sont des services de médecine traditionnelle : 6 erreurs sont survenues en médecine interne, 5 en médecine traditionnelle sans orientation précisée, 2 en pédiatrie, 1 en médecine vasculaire, 1 en cardiologie, 1 en pneumologie, 1 en endocrinologie, 1 en gériatrie, 1 erreur a eu lieu en service de gynécologie-obstétrique.

Parmi ces erreurs, 8 se sont déroulées lors d'une garde : 6 lors d'une garde aux urgences, et 2 au cours d'une garde d'intérieur.

Concernant les erreurs lors d'une garde aux urgences, 3 sont survenues lors d'un détachement de l'interne dans un service de l'établissement.

L'hôpital n'est pas le seul lieu évoqué par les internes dans leurs récits : 5 erreurs ont eu lieu lors du stage de médecine ambulatoire de niveau 1.

Dans l'un des récits, l'interne était seul avec le patient, mais le maître de stage était présent dans le cabinet.

Dans deux récits, l'interne était seul avec le patient mais, dans un de ces cas, l'interne a pu faire appel au senior par téléphone.

Dans deux récits, le senior et l'interne étaient tous deux présents.

Sur les 5 erreurs, 3 ont eu lieu au cabinet et 2 en visites à domicile.

Enfin, une des erreurs est survenue lors d'un remplacement de médecine générale.

2. Le semestre concerné

Neuf erreurs ont eu lieu en premier semestre d'internat, 4 concernent le second semestre, 1 est survenue en 4^e semestre et 1 en 6^e semestre. 1 des erreurs est survenue lors d'un stage en tant que FFI (lors de la transition entre la fin de l'externat et le premier stage d'internat).

Pour le reste des erreurs, le semestre n'a pas été précisé.

Les internes ne semblaient pas toujours juger nécessaire de le stipuler. Afin de ne pas interrompre leurs récits, cela a été respecté par les investigateurs.

3. L'erreur d'un collègue

Sept récits relatent l'erreur d'un collègue (2 concernent des co-internes, 2 une IDE, 1 implique un senior et un co-interne, enfin un confrère spécialiste et un externe se trouvent concernés dans 1 récit chacun).

Il y a 11 récits qui impliquent l'équipe médicale dans son ensemble. Dans ces cas, l'interne ne commet pas personnellement de faute, mais participe à une prise en charge défailante avec plusieurs membres de l'équipe soignante.

Enfin, 29 récits concernent une erreur de l'interne narrateur seul.

Responsables de l'erreur		Erreurs concernées	Nombre d'erreurs concernées
Erreur d'un collègue	Confrère spécialiste	36	1
	Co-interne	31, 35	2
	Senior et co-interne	29	1
	IDE	34, 26*	2
	Externe	10*	1
Erreur impliquant l'équipe médicale dans sa globalité		4,6, 7, 9, 33, 37, 38, 40, 42, 43, 45	11
Interne narrateur		1, 2, 3, 5, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 32, 39, 41, 44, 46, 47	29

(*) Les erreurs 10 et 26 concernent plutôt l'erreur d'un tiers. Mais l'interne considère qu'il a une part de responsabilité du fait de sa position hiérarchique et de son devoir d'encadrement du collègue en question.

4. Les facteurs favorisants

Nous avons tenté de relever et d'identifier les éléments pouvant être considérés comme des facteurs favorisant l'erreur médicale :

Les facteurs que l'on retrouve le plus sont :

- une charge de travail importante (citée dans 14 erreurs),
- des outils ou des conditions de travail inadaptés (11 erreurs),
- le manque d'expérience (9 erreurs).

Les difficultés de communication avec le patient (que ce soit un problème de langue ou de comportement du patient) se retrouvent dans 6 erreurs, tout comme la fatigue et l'épuisement. Viennent ensuite un effectif de soignants insuffisant (5 erreurs) ; la présentation atypique d'une pathologie rendant le diagnostic délicat (4 erreurs) ; le fait d'être influencé par un avis extérieur (4 erreurs : dans 2 d'entre elles, ce sont des avis suivis « aveuglement » du fait du statut d'un spécialiste ou d'un supérieur hiérarchique ; dans 2 autres récits, l'interne a été influencé par l'avis d'un collègue car il n'a pas pris le temps de le remettre en question).

Sont également relevés comme facteurs favorisant des difficultés relationnelles avec le senior (3 erreurs), la multiplicité des tâches entraînant des difficultés de concentration (3 erreurs).

Plus rarement, mais sans pour autant être anecdotiques, nous retrouvons le manque de formation (2 erreurs), l'empressement et la pression de la gestion du temps (2 erreurs), la demande d'un avis par téléphone à un confrère ne connaissant pas le patient (2 erreurs), la prise en charge d'un patient polypathologique (1 erreur) que l'on pourrait éventuellement rattacher au facteur « difficultés diagnostiques », la routine (1 erreur), la pression ressentie pour s'autonomiser (1 erreur) et la pression de l'entourage du patient (1 erreur).

Enfin, dans 9 des erreurs relatées, l'analyse du récit n'a pas permis de mettre en exergue de facteur favorisant.

5. Les intervenants

5.1. Le nombre d'intervenants

Le nombre d'intervenants varie de 2 à 13. La moyenne est de 5 intervenants.

Les situations les plus fréquentes sont celles faisant intervenir de 2 à 7 personnes.

On retrouve, en effet, 4 intervenants dans 11 des erreurs racontées, 3 intervenants dans 10 erreurs, 7 intervenants dans 6 erreurs, 2 intervenants dans 5 erreurs et 6 intervenants dans 4 erreurs.

Au-delà d'un nombre de 7 intervenants, il n'y a que deux exceptions : les récits des erreurs 43 et 7 qui font intervenir respectivement 12 et 13 personnes.

Il est intéressant d'observer que ces deux récits concernent des prises en charge réanimatoires défaillantes, avec de graves conséquences pour le patient et pour lesquelles les internes ont sollicité un débriefing auprès de l'équipe.

Enfin, même si cela semble logique lorsque l'on évoque des échanges, il n'y a jamais eu d'absence totale d'interaction, même lorsque l'interne ne souhaitait pas parler de son erreur étant donné l'absence de conséquence (comme dans l'erreur 18).

Cela souligne ce que nous évoquions dans l'introduction et qui a motivé notre travail : l'erreur médicale ne fait jamais intervenir qu'une seule personne et un ensemble de réactions et d'interactions se forment alors autour de l'erreur. La communication entre ces intervenants est donc un élément majeur de la gestion de l'erreur.

5.2. La nature des intervenants

L'interne narrateur est présent dans 45 récits sur 47.

Il existe en effet deux erreurs dans lesquelles l'interne interrogé n'intervient pas (erreur 31 et 35). Ce ne sont jamais les récits principaux, mais des erreurs que l'interne raconte en sus au cours de l'entretien et qui concernent un co-interne.

Hormis l'interne narrateur, le second intervenant le plus fréquemment retrouvé est le senior du service encadrant l'interne au moment de l'erreur, que l'on retrouve dans 33 récits.

Suivent les co-internes, présents dans 24 récits, le patient dans 16 récits, un confrère spécialiste dans 16 récits, les IDE dans les mêmes proportions que l'entourage du patient soit 12 récits.

Dans une moindre mesure, on retrouve l'implication d'autres seniors du service, non impliqués initialement (9 récits), l'intervention du chef de service (9 récits), l'entourage de l'interne – mère, compagnon – (6 récits), le maître de stage de médecine ambulatoire dans 5 récits et un cadre de santé dans 4 récits.

Les réanimateurs interviennent dans 5 cas, les confrères du SAMU dans 2, tout comme le chef de service d'un autre service, un pharmacien, le personnel administratif et les étudiants IDE.

On voit intervenir des aides-soignants ou leurs étudiants, l'associée du maître de stage en niveau 1, l'équipe médicale d'un autre établissement, un biologiste, un externe, le « chef référent » de l'interne pendant son stage, le médecin traitant du patient, un confrère généraliste remplacé et un manipulateur radio dans une seule erreur chacun.

On peut s'étonner que le patient ne soit pas présent dans toutes les erreurs rapportées, et qu'il ne le soit même pas dans la majorité d'entre elles (16 erreurs sur 47).

Le patient est bien évidemment impliqué à chaque fois. Cependant, il a été considéré comme intervenant uniquement lorsqu'il existait une interaction avec lui dans le récit de l'interne.

Ce n'est pas le cas, par exemple, dans les récits 31 et 36 où le patient est décédé et dans les récits 6 et 38 dans lesquels il n'y a pas d'échange du fait du transfert du patient dans un autre service.

Nous observons que l'intervention du chef de service est plutôt rare, dans 9 récits uniquement. Si l'on comptabilise l'ensemble des interventions des seniors et des chefs de service, cela concerne 34 récits. Il existe toutefois des récits dans lesquels, il n'y a pas d'intervention des seniors comme les cas 10 et 24 dans lesquels l'interne ne juge pas nécessaire de les solliciter, ou dans les cas 8 et 16 où l'interne interagit avec un chef d'une autre spécialité.

Concernant les stages en médecine ambulatoire, le maître de stage intervient à chaque fois (5 cas : 3, 4, 14, 20, 25).

Enfin, lorsqu'il n'y a que deux intervenants (9 récits), les intervenants sont l'interne, toujours, et un senior (6 récits) ou une IDE (3 récits).

6. Les situations médicales rencontrées

Relevées une à une, elles ont ensuite été regroupées en trois catégories :

- les situations médicales graves ou de prise en charge urgente : 28 cas ;
- les situations médicales bénignes, de sévérité moyenne, chroniques : 10 cas ;
- les autres situations telles que des actes techniques, prescriptions, soins programmés ou demande de conseils : 9 cas.

Deux internes ont précisé avoir rencontré une difficulté pour la première fois de leur cursus : la confrontation à un décès pour l'un et la prise en charge d'une fin de vie pour l'autre.

C. Les échanges

1. Avant la survenue de l'erreur

1.1. La demande d'aide auprès du senior pour la prise en charge du patient

Il est intéressant d'observer que dans plusieurs récits, la première étape de communication est la sollicitation du senior par l'interne afin d'obtenir de l'aide dans la prise en charge du patient, avant la survenue de l'erreur.

On retrouve cette demande d'aide et de conseils dans 9 récits.

Les raisons qui conduisent à solliciter son senior sont multiples. Cela peut être pour lui demander de l'aide dans la prise en charge d'une urgence vitale (erreur 42), pour être conforté dans son intuition clinique (erreurs 2 et 29), pour évaluer le degré d'urgence de la pathologie (erreurs 25 et 44), pour une aide à la prescription lors d'une pathologie grave (erreurs 22 et

38) ou bénigne (erreur 3) ou encore pour remettre en cause le diagnostic d'un confrère (erreur 9). Citons quelques exemples :

« Alors que le patient se plaignait vraiment de douleurs dorsales et qu'il a eu à un moment de la fièvre [...] il avait été diagnostiqué à un moment une pneumopathie associée avec les douleurs abdominales de cholécystite. Je me dis que c'est quand même assez bizarre. [...] J'en parle à mon chef et je lui demande de venir voir le patient avec moi. Il me dit qu'effectivement il a un déficit des deux côtés avec un syndrome de compression médullaire. » (9)

« J'étais un peu perdue, parce que je n'ai pas fait de gynéco depuis longtemps et puis là, une femme enceinte, qui a des jumeaux, qui est quand même à 20 semaines. Je ne savais pas si je devais l'adresser aux urgences ou pas. Parce que ça ressemblait à des contractions, je ne savais pas si elle pouvait faire une menace d'accouchement précoce ou... J'étais un peu perdue donc j'ai appelé mon maître de stage, qui lui non plus ne savait pas trop quoi faire. Il a appelé un gynéco. » (25)

« c'est mon co-interne qui l'a vu. Il venait pour douleur abdominale et vomissements, sans fièvre je crois. Il l'examine, il a un ventre souple [...] c'était pendant une épidémie de gastro donc il a conclu à une gastro-entérite. Il a quand même demandé à la chef de venir mettre une main sur son ventre. Parce qu'il était sensible. » (29)

« Je vais voir ma chef qui était aussi débordée et qui me dit : "Non mais ne t'inquiète pas, ce patient, il est géré." Je lui dis tout. Je lui raconte toute l'histoire, et je lui demande si on lui met des antibiotiques et je ne sais pas lesquels. Elle me dit : "Non, ne t'inquiète pas. [...] Tu n'as plus rien à faire. » (38)

Dans certains cas, l'interne, perdu face aux décisions à prendre, sollicite son senior à plusieurs reprises en peu de temps :

« Je ne savais pas très bien dire si c'était une otite moyenne aiguë ou pas. Donc j'appelle ma prat' et qui me dit "Oui, tu traites par amox à 80mg/kg." Donc je le pèse...8kgs 800. Et là je panique ! Combien ça fait ? Je n'avais rien sur moi, pas de calculatrice et tout... Elle me donne son téléphone pour que je fasse le calcul. [...] J'essaie de prescrire sur le logiciel. Je tape "amox", il y en a je ne sais pas combien qui s'affichent. C'est lequel pour les nourrissons ? Donc je rappelle ma prat' et je lui dis : "Je dois prescrire 902 mg par jour, comment je fais ?» (3)

« Moi ça faisait un mois que j'étais interne, je ne me sentais pas trop autonome à prendre des décisions pour des trucs comme ça. J'appelle le chef qui me dit de lui donner un traitement, je ne sais plus quel antiépileptique c'était... Mais il me dit : "Tu lui files 5 mg de ça." Je demande à l'infirmière qui me dit : "On n'en a pas." Donc moi je prends la décision directement de lui donner du Rivotril® mais même dose. [...] J'arrive en bas, et je dis au chef ce que j'ai donné. Il me dit : "Ah bon, 5 mg c'est quand même un peu élevé... Ca serait plutôt 1 mg donc tu vas te dépêcher de remonter"[...] J'arrive dans la chambre et je vois l'infirmière qui me fait : "Hopla, c'est bon, c'est donné !" Bon, je commence à paniquer un petit peu. Je rappelle mon chef » (22)

Dans l'un des récits, l'interne se questionne sur le fait d'avoir pu influencer l'avis de son senior, l'entraînant avec lui dans l'erreur. Elle avait en effet un *a priori* sur son patient, et présente le cas clinique dans ce sens. Le chef ayant décidé de la prise en charge en fonction des propos de l'interne, il est possible qu'elle ait pu annihiler le rôle de filtre du senior.

« c'était un jeune, 35 ans qui venait pour des tremblements [...] Je me suis dit : "Il abuse un peu, ça ne se fait pas, il doit être un peu psy." Il avait eu le décès de sa mère genre trois jours auparavant... Et en fait pas du tout, c'était un AVC hémorragique. Le chef était allé le voir après. Je lui avais dit que je pensais qu'il était un peu psy et c'est ridicule d'avoir dit ça parce qu'il avait pas du tout d'antécédent psy. C'était tellement bête. Le chef a dit : "C'est bon il sort. » (2)

1.2. La réponse du senior

1.2.1. Une réponse adaptée

Sur les 9 internes qui ont demandé l'aide de leur chef, on peut considérer que 6 d'entre eux ont eu une réponse adaptée. Par adaptée, nous entendons qu'ils ont reçu une attention à leur demande et une réponse à la question posée.

Parmi ces attitudes positives, on peut différencier les situations dans lesquelles le senior apporte une réponse plutôt brève mais suffisante (22) et les situations où le senior accorde davantage de temps en réévaluant lui-même le patient ou en accompagnant l'interne (2, 9, 25, 29) :

« J'ai appelé mon maître de stage, qui lui non plus ne savait pas trop quoi faire. Il a appelé un gynéco qui lui a dit non c'est rien [...] On l'a appelée [la patiente, NdA] en disant qu'on avait les résultats [...] On était à deux cette fois, ça allait beaucoup mieux. » (25)

Dans les récits 2 et 29, le senior est venu examiner le patient mais cela ne permettra cependant pas de redresser le diagnostic d'une pathologie grave de présentation atypique :

« Le chef était allé le voir après, je lui avais dit que je pensais qu'il était un peu psy et c'est ridicule d'avoir dit ça parce qu'il avait pas du tout d'antécédent psy. C'était tellement bête. Le chef a dit : "c'est bon il sort ». (2)

« Il a quand même demandé à la chef de venir mettre une main sur son ventre. [...] Donc on était tous formels, pas de défense. » (29)

Dans le récit 3, le maître de stage répond à chacune des questions de l'interne dépassée par une prescription qu'elle n'a jamais faite. Toutefois, le fait qu'elle ne vérifie pas elle-même le calcul de l'interne conduit à l'erreur :

« Donc j'appelle ma prat' qui me dit " Oui, tu traites par Amox à 80mg/kg ". [...] Elle me donne son téléphone pour que je fasse le calcul. Mais je pense qu'il y avait un calcul déjà juste avant [...] Et ça m'affiche 902, donc 902 mg. Ca fait presque un gramme, je me dis "c'est bizarre, il est petit quand même" [...] je rappelle ma prat' et je lui dis "Je dois prescrire 902mg par jour, comment je fais ?" Elle me répond : "Mais fais-le à la main. Si c'est difficile à la crèche pour qu'il ait 250mg, tu mets 500 fois 2 matin et soir". Donc on arrondit encore au-dessus. » (3)

1.2.2. Une réponse inadaptée

Dans les 3 récits relatant une réponse peu satisfaisante du senior, le manque de temps et de disponibilité du chef est à chaque fois mis en exergue par l'interne, comme une justification ou un facteur aggravant de la situation.

Dans les récits 42 et 44, les seniors ne répondent pas aux questions de l'interne et ne se soucient pas de ses inquiétudes. Les internes se retrouvent, seuls, à gérer des situations lourdes bien qu'ils ne s'en sentent pas capables :

« il était en choc. L'infirmière me dit qu'il avait 9/5 de tension. Ils avaient appelé l'interne de garde, ils avaient passé deux voluven à 6 heures du matin. J'arrive à 9 heures, il en avait déjà eu trois. Je vais voir ma chef. Elle me fait : "Ah bah passe en un autre, on verra. Là je suis à la visite, je n'ai pas le temps." Non mais il avait déjà eu trois voluven ! Sa tension était à 8/5, elle ne se rendait pas compte ! J'étais toute seule, elle n'en avait rien à foutre quoi. » (42)

« je vois qu'il a un œdème lingual et des lèvres [...] Je suis allée voir ma chef, la PH qui était de l'autre côté des portes. Mais, là, elle était hyper occupée avec deux patients en état de mal épileptique. Elle me dit : "Non, non. C'est bon, c'est bon, tu t'en occupes." J'ai mis le traitement, l'adrénaline et les corticoïdes. Et je l'ai surveillé. » (44)

Dans le récit 38, les propos de la chef semblent rassurants et elle explique à l'interne que tout est pris en charge. Mais c'est justement cela qui causera la survenue de l'erreur, chaque soignant croyant que le collègue s'occupera du patient :

« Je vais voir ma chef qui était aussi débordée et qui me dit : "Non mais ne t'inquiète pas, ce patient il est géré." [...] C'est un patient d'oncologie. Donc le onco-gastro est passé, il va le prendre dans son secteur maintenant. Tu n'as plus rien à faire. » (38)

2. Comment l'interne découvre-t-il son erreur ?

2.1. Le signalement de l'erreur par un collègue

2.1.1. Des filtres efficaces

Dans certains récits, l'erreur est signalée à l'interne avant qu'il n'y ait de conséquence dommageable pour le patient. Le rôle de filtre est ici assuré et l'erreur de l'interne est rattrapée à temps.

Les filtres sont variés : infirmière, senior, pharmacienne, co-interne, maître de stage...

« je vois l'infirmière arriver avec toutes les seringues de Lovenox® et je dis : "J'ai prescrit ça ?" Elle me répond : "Oui, et justement je voulais te demander s'il fallait bien le faire ?" Et je lui dis : "Ah non, non, non ! Je me suis trompée. » (1)

« la chef du SAMU arrive [...] Elle me demande de lui montrer l'ECG et elle me fait : "Non mais attends ! Il manque un bout dans ton premier ECG. » (3)

« C'est le fibroscopiste qui dès que le patient est remonté, me l'a dit [que les AVK n'avaient pas été arrêtés, NdA]. Il ne m'a pas engueulé mais il n'était pas très content. » (8)

« J'avais eu un appel de la pharmacienne, après, qui avait été hyper désagréable : "C'est vous qui avez fait l'ordonnance ? Vous êtes l'interne c'est ça ?" Elle m'avait bien prise de haut, toute la conversation était comme ça, très agressive. Et ce qu'elle me reprochait, c'était d'avoir prescrit un vaccin hépatite A – adulte – à l'adolescent de 15ans, qui non seulement avait 15 ans mais qui faisait 70 kilos, taille adulte, etc. Et il y a une autre prescription sur laquelle elle m'avait engueulée. » (20)

Dans les récits 1 et 3, le signalement de l'erreur est fait avec un ton neutre, alors que dans le récit 8 l'interne a bien perçu le mécontentement de son collègue.

Dans le récit 20, les propos de la pharmacienne sont virulents et méprisants lorsqu'elle appelle l'interne pour lui signaler une erreur de prescription.

Deux récits d'erreur en stage de niveau 1 nous montrent l'utilité du débriefing avec le maître de stage pour pouvoir identifier une erreur et la rattraper :

« j'en reparle avec ma prat et là je me dis : "Hum, je me suis trompée ! Je me suis trompée dans la dose je crois.» (3)

«j'ai eu un petit flash et je me suis dit : "Il faut peut-être faire le CHA2DS2-VASc pour ce patient. [...] il vaut mieux l'anticoaguler." Il [le maître de stage, NdA] me dit : « Ah oui, tu as raison. On a bêtement écouté le cardiologue, mais il faut l'anticoaguler. » (4)

2.1.2. Au hasard d'une conversation

Les internes peuvent apprendre de façon fortuite qu'ils ont fait une erreur. Cela survient au cours d'une conversation entre collègues. Les internes découvrent ainsi les conséquences, parfois graves, de leurs actes. Ils ne s'y attendent pas du tout et prennent du temps pour réaliser qu'ils sont potentiellement responsables de l'évolution défavorable du patient.

Dans le récit 15, l'interne apprend qu'elle n'a pas fait le diagnostic d'un hématome du psoas et que le pronostic vital du patient est engagé :

« je vois le chef des étages qui arrive du service et qui nous dit : « On a un monsieur là dans le service qui déglobulise. Il se passe quelque chose, du coup j'ai arrêté l'anticoagulant mais on va lui faire un scanner. Il va peut-être falloir que vous veniez le prendre en charge [...] j'écoute et je me dis : "Tiens c'est marrant, on dirait mon patient." (15)

Dans le récit 44, l'interne apprend que l'état de santé du patient qu'elle avait traité pour un œdème de Quincke s'est aggravé brutalement.

« C'est le lendemain que j'apprends par l'interne des étages de gastro : "Si vous saviez, il y a un patient hier qui est arrivé et il a fait le choc à 18h30." (44)

Dans le récit 37, l'interne apprend, lors de la pause déjeuner, qu'elle n'a pas fait le diagnostic d'une hépatite fulminante :

« A table [...] Il a dit : « J'ai été appelé pour une dame. Quelqu'un se souvient ? Tiens, qui était là ce weekend ? Quelqu'un se souvient de Madame Untel ? Parce que j'ai eu les gastros au téléphone... » (37)

2.1.3. Une annonce volontaire mais brutale

Dans d'autres récits, l'annonce a été faite de façon volontaire à l'interne. Le collègue qui annonce, généralement un senior, fait la démarche de s'adresser en personne à l'interne. Il lui révèle son erreur et ses conséquences. On observe que l'annonce peut être très brutale.

« J'ai un des chefs qui m'a envoyé un texto en me disant : "Le patient que tu as vu il y a trois jours, c'était une appendicite retro-caecale. » (32)

« Et là déjà j'étais... "Qu'est-ce que j'ai fait comme connerie..." Du coup je regarde à nouveau son dossier, et là un chef passe derrière moi et me dit : "Ah c'est encore un de tes patients, un cimetière par semaine." Je me demande pourquoi il dit ça, qu'est-ce qu'il se passe. Il me dit : "Là il est en jaune sur l'écran, ça veut dire qu'il est mort ton patient." Lui il me dit ça en rigolant... » (15)

« Là par contre c'était abusé la façon dont ils l'ont fait [l'annonce, NdA]. Un chef la convoque en lui disant : "Ton patient est décédé, j'ai relu ton dossier, c'est de la merde. Ce que tu as écrit c'est n'importe quoi. Ton examen neurologique, tu as écrit : examen neurologique sommaire normal. Ca veut dire quoi ?" [...] Il l'a complètement descendue alors qu'il ne savait même pas de quoi il était mort. » (31)

« on me convoque quinze jours plus tard dans le bureau de ma PH. Elle me dit : "Bon, tu te souviens de Monsieur Untel ? [...] Bah la prochaine fois, quand tu as une fièvre, tu mets les antibiotiques." La même PH hein, que celle à qui j'avais demandé... Et elle m'explique : "Quand il est descendu au quatrième étage en onco, il n'y avait aucun interne..." [...] La nuit il a fait le sepsis sévère. On a appelé l'interne de garde qui a enfin mis les antibios et il est passé en réa et trois ou quatre jours plus tard il est décédé. » (38)

Il est intéressant de rappeler que dans cette situation 38, la chef a une part de responsabilité. Alors que l'interne lui avait demandé la conduite à tenir devant la fièvre, elle lui avait demandé de s'abstenir en affirmant que l'onco-gastro-entérologue avait pris les choses en mains. Lors de l'annonce de l'erreur, la chef attribue toute la responsabilité à l'interne.

On ne retrouve pas, dans les récits, de temps spécialement dédié à l'annonce de l'erreur, ou bien uniquement sous forme d'une convocation rapide dans le bureau du chef, prenant la forme d'une accusation plutôt que d'une discussion entre pairs.

2.2. L'annonce par le patient

L'annonce de l'erreur n'a pas toujours lieu entre soignants, elle peut parfois venir du patient.

L'effet de surprise est là aussi très présent et le déroulement de l'annonce dépend surtout de l'attitude du patient.

L'interne peut être « pris par surprise », sans animosité de la part du patient, ce dernier cherchant juste à comprendre.

« Le lendemain matin, pendant ma visite, la jeune patiente me dit : "Excusez-moi Docteur, mais je voudrais savoir pourquoi on m'a réveillée à minuit pour me donner un comprimé ? » (46)

Parfois, l'annonce se déroule plus violemment avec une réelle agressivité du patient, ou des menaces de poursuites judiciaires :

« Elle a porté plainte contre l'hôpital [...] La mère voulait organiser une rencontre avec les médecins pour, dans son courrier elle disait : "Pour un peu nous apprendre le métier et pour qu'on ne reproduise pas l'erreur." [...] Tous ceux qui ont vu l'enfant ont reçu la lettre. » (29)

« à peine j'ouvre la porte, elle me dit : "Oui, c'est inadmissible ! Vous êtes une incompétente ! Vous avez fait n'importe quoi quand on s'est vues !" Je me suis sentie agressée, elle ne m'a même pas dit bonjour. [...] Elle m'explique la suite : "Le lendemain du jour où je vous ai vue aux urgences, je suis allée voir mon médecin traitant qui a trouvé que c'était inadmissible ce que vous aviez fait. Il m'a prescrit une IRM. Je l'ai faite le jour même en urgence qui a montré une compression médullaire cervicale !" (39)

On voit que l'annonce de l'erreur est toujours brutale pour l'interne qui se considère –ou qui est présenté – comme responsable.

Elle est brutale lorsque l'interne apprend son erreur par hasard : l'effet de surprise et le côté impersonnel sont traumatisants.

Elle est brutale lorsque l'annonce est volontaire et destinée à l'interne en personne : les propos que nous observons sont alors durs et blessants.

Elle est brutale lorsque l'interne l'apprend par le patient, soit parce qu'il n'a pas pu se préparer à cette situation, soit parce que le patient fait preuve de mécontentement ou d'agressivité.

2.3. La découverte de l'erreur par soi-même

Il n'y a pas toujours d'annonce, l'interne pouvant se rendre compte seul de son erreur. Dans le récit 10, par exemple, l'interne s'aperçoit seule qu'elle a administré une dose bien trop importante d'insuline à son patient. Dans les récits 12, 18 et 24 également :

« c'était une vraie suspicion d'AVC [...] Et je m'en suis rendu compte après avoir fini mon observation, je me dis : "Merde il y avait écrit aspirine sur ma feuille » (12)

« Ce patient devait avoir une intervention pour son AOMI [...] On se prenait la tête avec les chirurgiens pour savoir quel antiagrégant laisser, l'aspirine ou le clopidogrel. Et après je me suis rendu compte que je n'avais prescrit aucun des deux ! » (18)

2.4. L'absence de signalement

L'annonce de son erreur est un moment difficile pour l'interne. L'absence de signalement est également mal vécue, pouvant être perçue comme une trahison.

« J'ai fait toutes les manipulations à gauche, [...] et le chef qui était derrière, attend que j'ai tout fini et va examiner l'enfant du pied droit et là je me suis sentie... enfin c'était horrible. [...] je me disais : "Mais quand même il aurait pu me dire que je m'étais trompée de jambe. » (14)

3. Comment l'interne révèle-t-il son erreur au senior ?

Lorsque les internes prennent connaissance de leur erreur avant leur senior, nous observons deux types de réactions. Certains vont informer leur chef, avec un certain empressement :

« Il avait eu sa dose d'aspirine. Donc j'ai dû tout de suite le dire à un de mes chefs. » (12)

« Je me rends compte que je me suis trompée dans ma prescription. [...] Donc je vais voir mon chef toute affolée. » (46)

Alors que d'autres vont s'abstenir de le signaler :

« Non, c'était une hyponatrémie sûrement installée depuis longtemps, c'est sûrement pour ça qu'elle avait des œdèmes. Je n'ai pas eu besoin de lui en parler. » (24)

« Mais je n'en ai pas parlé à mes chefs, j'ai remis les médicaments oubliés immédiatement et il n'y a pas eu de conséquence. » (18)

Les internes révélant leur erreur au senior, avec rapidité de surcroît, sont ceux qui ont besoin d'aide et de soutien pour affronter les conséquences de cette erreur (information du patient (46), crainte de conséquences graves et nécessité de connaître la conduite à tenir (12 ; 27).

En revanche, lorsque l'erreur est tue, c'est souvent parce que l'interne sait déjà qu'il n'y a pas eu de conséquence et qu'il estime qu'il n'est pas nécessaire de le signaler à ses supérieurs (24 ; 18).

4. Après la découverte de son erreur, l'interne peut demander de l'aide à un confrère autre que son senior

Face à une situation qu'il ne peut gérer seul, l'interne, comme nous l'avons vu, sollicite plutôt facilement son senior. Ce n'est toutefois pas la seule personne à qui il demande de l'aide dans ces récits. On peut voir que, dans de nombreux cas, l'interne se tourne vers d'autres confrères. On retrouve des réanimateurs et médecins du SAMU, des chefs d'autres spécialités (orthopédistes, cardiologues, dermatologues, neurochirurgiens, etc.), des collègues du même service ou des associés du cabinet en médecine générale. Les avis ont été donnés en personne ou par téléphone. Par exemple :

« L'associée du cabinet, qui est aussi gériatre, arrive et on lui explique que c'est une ACFA et qu'il faut anti-coaguler. Elle nous confirme qu'il faut l'anti-coaguler et que le Kardegic® ça ne va pas. » (4)

« je devais aller demander un avis ortho. Du coup j'ai aussi parlé de ce patient-là, sans avoir demandé l'accord à mon chef. » (9)

« tous les jours, je les appelais [les hématologues, NdA] pour leur dire : "On en est là." [...] Tous les jours je les appelais pour leur dire les résultats, avoir leur avis et savoir quoi faire. Pour savoir exactement aussi ce qu'il fallait que je dise à la famille. » (17)

Au fil des récits, nous observons deux types d'échanges avec les confrères : tout comme avec son senior « attitré », l'interne peut se voir proposer une réponse adaptée ou l'échange peut être conflictuel avec une absence de soutien de la part du confrère.

4.1. Les échanges positifs

Dans certains cas, les confrères se sont rendu disponibles pour apporter une réponse claire, permettant de rattraper l'erreur, ou ont rassuré l'interne :

« Il me dit : "Il y a un cardiologue que je connais, je ne le fais pas souvent, mais là on va lui faxer l'ECG pour avoir son avis." [...] peu de temps après le cardiologue lui répond : "Ca c'est une ACFA" [...] Donc le cardiologue lui dit de le mettre sous Kardegic® et Cordarone® » (4)

« les hématos ont dit que non, qu'on avait fait les choses qu'il fallait, qu'il n'y avait pas d'autre chose à faire par rapport à ce que je leur avais dit. » (17)

« j'ai appelé mon maître de stage, qui lui non plus ne savait pas trop quoi faire. Il a appelé un gynéco qui lui a dit : "Non c'est rien. » (25)

Dans le récit 16, la réanimatrice qui intervient à la demande de l'interne, est bienveillante et tente d'apaiser les reproches que peut se faire l'interne :

« elle était en choc, elle avait 8 de tension et elle se dégradait sur le plan respiratoire. Du coup, j'ai été obligé d'appeler la réanimatrice qui est venue voir la patiente et qui a conclu plutôt à un choc septique. Je m'étais complètement gouré de diagnostic [...] la réanimatrice m'a rassuré en me disant que c'était un pari thérapeutique et que vu la situation quand j'étais arrivé, c'était possible que ce soit ça [un choc cardiogénique comme le supposait l'interne qui n'a pas envisagé un choc septique, NdA.] » (16)

4.2. Les échanges négatifs

Dans d'autres cas, les échanges se sont moins bien passés.

4.2.1. Une absence de réponse

Certains internes ont dû faire face à une absence de soutien de la part du confrère appelé à l'aide. Malgré de multiples sollicitations, comme dans les récits 9 et 43, les spécialistes n'apportent pas de réponse à l'interne voire n'interviennent pas dans une prise en charge d'urgence vitale (43). Cela entretient le mécanisme de l'erreur et le retard de prise en charge du patient.

« j'appelle la grande garde de neurochirurgie. J'ai donc l'externe qui me dit : "Oui, oui on va le voir." Je rappelle une heure plus tard. Il me dit : "Ah on n'a pas reçu les clichés." Je renvoie les clichés et je rappelle une heure plus tard, il me dit : "Oh l'interne n'a toujours pas vu." [...] De chez moi, je rappelle encore une fois l'externe de neurochirurgie qui me dit que l'interne n'a pas encore regardé. Je rappelle une autre fois. J'ai passé toute la soirée à rappeler la grande garde qui me dit, au final, que ce n'est pas urgent parce que ça fait un petit moment que ça dure. » (9)

« les radiologues auraient dû nous appeler pour dire qu'il n'y avait pas d'EP. Mais on avait l'habitude, quand on envoyait un patient au scanner et qu'il y avait des AVC, des trucs graves, ils ne nous appelaient pas. » (40)

« C'était un enfant qui avait des troubles de la conscience et qui respirait de moins en moins fréquemment [...] je n'avais toujours pas eu le radiologue, qui n'était pas revenu d'être allé manger. Il était quelque chose comme 14 heures, il n'était pas là donc je me débrouille pour aller au secrétariat et demander son numéro de portable. Je raconte l'histoire au mec qui me dit : "Ecoute, je finis de manger et j'arrive, mais je finis de manger, on voit ça tout à l'heure quoi." (43)

« on n'arrêtait pas de dire : "ça serait bien de l'intuber, ça serait bien de l'intuber" Parce qu'il faisait de plus en plus de pauses respiratoires. [...] l'anesthésiste d'astreinte ne répondait pas à son bip. Il y a un anesthésiste qui a fini par répondre et qui a dit que ce n'était pas son rôle. Donc il nous a renvoyés vers un autre, un troisième anesthésiste nous a dit la même chose. Finalement celui d'astreinte finit par rappeler, enfin bon... en nous disant : "Ce n'est pas mon rôle." [...] il y a une anesthésiste qui était descendue avec son

infirmier et qui a un peu viré l'urgentiste en disant : "Je m'en occupe." Sauf, qu'en fait elle est restée à côté de lui, ils l'ont un peu pseudo-oxygéné avec son masque à haute concentration en nous disant : "Ah bah vous voyez quand on le stimule, il va un peu mieux" [...] l'anesthésiste a dit : "Le SMUR arrive, je leur laisse prendre la décision d'intuber." C'était un peu la cata, le SMUR est arrivé, en voyant la situation il a juste dit : "Ok, c'est n'importe quoi". Ils l'ont intubé tout de suite et après ils sont partis en réa dans un autre hôpital. » (43)

Dans le récit 43, l'absence de réactivité des confrères pousse l'interne à solliciter dans l'urgence d'autres médecins. La multiplicité des intervenants entretient alors le problème, personne ne sachant qui doit prendre les décisions.

4.2.2. Une réponse inadaptée aux compétences de l'interne

Les confrères sollicités ont parfois apporté une réponse mais n'ont pas suffisamment tenu compte de l'interne et de son statut de médecin en formation. Les étudiants se sont alors vu confier des responsabilités trop lourdes.

« je ne savais pas gérer toute seule. Donc j'ai demandé à ce que le réa soit rappelé [...] Et j'avais demandé aussi à ce qu'on apporte le défibrillateur [...] le réa est arrivé au bout de... Je ne sais pas, ça devait peut-être faire cinq minutes qu'on avait commencé à masser. Le réa est arrivé, sans défibrillateur... Et a intubé, parce que je lui ai demandé d'intuber [...] au bout de peut-être vingt minutes de prise en charge, le réa a fini par me dire : "Bon bah écoute, ça fait vingt minutes que tu masses, quand t'en as marre tu t'arrêtes et puis on déclarera le décès quoi." Donc voilà, donc j'en ai eu marre... Donc on a arrêté le massage et donc le constat de décès a été... Enfin, il est sorti de la chambre pour dire à la famille qu'il était mort. Et il est parti. » (7)

« Là aussi le cardiologue vraiment pas... "Tu sais il a 90 ans, qu'est-ce que tu veux que je fasse ? [...] Tu vas mettre de la dobu et de la noradré." Premier semestre, jamais fait de réa... Il me fait : "Je te donne les doses, note-les sur un post-it." (42)

4.2.3. De l'agressivité et de la colère

L'erreur de l'interne a parfois déclenché la colère des confrères appelés à l'aide. On observe des reproches virulents, que les internes estiment injustifiés.

« Il [l'orthopédiste, NdA] voit le patient et me dit que c'est bien une spondylodiscite, que c'est super urgent, qu'il faut programmer un bloc en urgence. Et l'ortho il m'engueule moi, en me disant : "Ca fait combien de temps qu'il est dans votre service ? [...] Mais c'est une grosse urgence, c'est n'importe quoi cette prise en charge !" Je me suis faite engueulée par l'ortho qui me disait que j'étais une incompetente et que j'ai mal fait mon travail alors que je me suis battue toute la semaine pour ce patient. » (9)

« il s'est avéré que j'ai raté son appendicite et qu'il revenait avec un abcès appendiculaire. [...] Juste après je me suis fait engueulé par les chirurgiens aussi qui m'ont dit que j'aurais dû les appeler le premier jour où il est venu pour avoir un avis chirurgical. Ce qui n'est pas vrai forcément parce que les fois où on les appelle pour des douleurs abdominales ils nous envoient chier." (11)

Dans le récit 22, l'interne – qui a prescrit une dose excessive de benzodiazépines – semble être méprisée par la réanimatrice. Comme si, s'étant trompée, elle ne méritait plus qu'on lui adresse la parole.

« je me retrouve à rappeler la réa, qui me dit : "Qu'est ce que c'est que ce bordel ? Qu'est-ce qu'il s'est passé ?" [...] Elle, pas conciliante du tout, elle ne me parle plus finalement quand elle apprend ce qu'il s'est passé et ne parle qu'à l'infirmière. Donc j'essaie d'intervenir, elle ne me calcule même pas. Je me retrouve vraiment mal, je n'étais pas bien du tout. [...] La réanimatrice me dit : "Tiens, pendant que tu es là, tu vas en profiter pour aller lui parler." [au mari de la patiente, NdA] Elle était horrible. [...] elle n'a rien fait du tout. Elle a juste dit : "Pas d'indication réanimatoire. »

FG6Int2 : « Juste ça ? Et après ? Elle est partie ? »

FG6Int1 : « Oui. » (22)

5. Le retour sur l'erreur : une ouverture à la discussion avec le senior

Une fois que l'erreur a été révélée et qu'une aide urgente a été demandée, l'étape suivante est celle où l'interne et/ou le senior vont entreprendre une discussion avec davantage de recul.

Nous observons que l'impulsion peut venir de l'interne ou du senior, selon les cas.

5.1. Un retour spontané du senior

Dans plusieurs récits, le senior revient spontanément parler de l'évènement avec son interne. L'attitude est chaque fois bienveillante à la différence des situations d'annonce qui, comme nous l'avons vu, sont plutôt brutales et au cours desquelles les seniors ne faisaient pas preuve d'empathie. Cette différence peut, peut-être, s'expliquer par le fait que le temps écoulé a permis de prendre du recul et les protagonistes s'expriment moins « à chaud ». Ici, le fait que le senior vienne vers l'interne montre qu'il souhaite ouvrir la porte à l'échange.

Certains viennent rassurer l'interne en soulignant l'absence de conséquence (2 ; 12) ou en analysant sa prise en charge afin de lui montrer qu'il n'a pas de reproche à se faire (23 ; 39).

« un chef m'en a reparlé en me disant : "Bon c'est grave, mais ça ne change rien à la prise en charge. » (2)

« ma chef de service [...] me convoque parce qu'elle était au courant. Et elle, c'est la seule qui m'a vraiment rassurée, elle a pris mon cas, elle a regardé le dossier et elle m'a dit : "Tu l'as bien rempli, tu n'as pas fait d'erreur, tu as peur de quoi ? » (23)

« Après il est venu me voir pour me dire : "Ne t'inquiète pas, elle est "folle", enfin elle exagère vraiment ce qu'elle raconte. Toi, si tu as dit qu'il n'y avait pas de compression médullaire, tu ne pouvais pas le savoir. Ca a pu s'aggraver pendant les jours suivants. Tu ne

pouvais pas le prédire au moment des urgences, tu n'avais pas du tout à lui faire le scanner en urgence. Tu as eu raison. » (39)

D'autres glissent dans la conversation que l'erreur fait partie de la pratique (2 ; 41).

« le chef de service est venu me voir et m'a demandé : "Tu es au courant pour le patient ?" J'ai dit : "Oui." Et il me fait : "De toute façon, on n'apprend que comme ça." [en faisant des erreurs, NdA] (2)

« c'est lui qui m'en a reparlé, je faisais une garde et c'est lui qui m'a dit : "Alors ça va ? Tu sais ça arrive." (41)

Enfin, certains viennent s'enquérir du ressenti de l'interne et d'un possible mal-être (12 ; 33 ; 41) .

« Le lendemain le chef en question est venu s'excuser [...] Lui trouvait qu'il avait été brutal et qu'il avait parlé assez sèchement [...] il m'a redit que de toute façon ça n'avait pas eu de conséquence. Parce que je lui avais dit que je n'avais pas dormi de la nuit. Et je crois qu'il m'en avait même reparlé en fin de semaine pour savoir si j'allais mieux » (12)

« Le médecin qui est venu avec moi [...] toute la semaine il est venu me voir pour me demander : « Ca va ? Ca va ? » (33)

5.2. Un retour à l'initiative de l'interne : quelles motivations ?

Il y a davantage de récits dans lesquels l'interne va déclencher lui-même cet échange. Par exemple :

« je l'ai appelée pour m'excuser et on en a beaucoup parlé, le soir même par téléphone, le lendemain. » (5)

« quand mon maître de stage était rentré je lui avais raconté. » (20)

« j'en ai reparlé à mon chef. Je lui ai dit : "Ah tu sais le patient qu'on a vu c'était une appendicite retro-caecale. Il est revenu." (32)

Grâce à ces retours, certains internes vont chercher à savoir qu'elle est leur part de responsabilité :

« j'en ai parlé à mon chef et je lui ai dit : "Attends, c'est trop bizarre, tu sais maintenant que j'y repense, c'est... c'est une erreur, c'est nous... c'est nous qui nous sommes trompés. On aurait dû le voir qu'il manquait une partie de l'ECG. » (6)

« J'ai parlé du dossier, je lui ai raconté un peu. Je voulais savoir si j'avais vraiment fait une connerie ou... » (13)

D'autres vont essayer d'expliquer la situation afin de se défendre :

« j'ai dit à mon chef de clinique : "Ecoute, j'ai prévenu ma PH justement mais je crois qu'elle était trop débordée pour penser... » (38)

D'autres vont tenter d'exprimer leurs angoisses et leur culpabilité :

« Et j'ai mis beaucoup de temps à régler cette histoire, c'est-à-dire que j'ai commencé à parler à un de mes chefs de clinique la semaine d'après pour lui raconter l'histoire. Parce que moi j'avais peur, j'étais un peu stressée. » (23)

« j'en avais parlé à un chef aussi, qui était très speed, que j'aimais bien, qui n'avait pas l'air très inquiet. Il m'avait dit : "Ne t'inquiète pas, on va le retrouver. » (26)

« je suis allée parler avec mes chefs et je leur ai dit : "Mais j'étais là, oh ! J'étais présente. J'ai vu comment il a poussé la seringue et je n'ai rien fait... » (36)

« je vais voir mon chef toute affolée. Plus énervée par le fait de me dire : "Punaise, je me suis trompée !" [...] Mais j'étais tellement angoissée, je lui ai dit : "Et si elle porte plainte ? » (46)

Parfois l'objectif est de déclencher une discussion à plus grande échelle pour dénoncer la situation observée et/ou permettre une réflexion en équipe :

« je ne me suis pas arrêtée là, parce qu'effectivement bah, le patient est mort quand même ! Et je trouve que la prise en charge a été merdique et donc moi j'ai écrit un rapport à l'administration et j'ai demandé des rendez-vous avec les différents chefs de service concernés. » (7)

« On a dit à notre chef de service : "Ecoutez, nous on aimerait bien qu'on en rediscute parce qu'on ne comprend pas que ça se soit passé comme ça, là il faut faire des points." On était allées voir le chef de service et on avait dit qu'il fallait qu'on en parle et qu'on fasse une RMM. » (43)

5.3. Ne pas parler de ses erreurs à son senior

Dans certains récits, l'interne qui découvre son erreur n'en parle pas à son senior. Ce sont toujours des récits d'erreurs sans gravité. Les internes justifient ainsi leur silence : n'ayant pas à affronter de conséquence grave, ils ne ressentent pas le besoin d'en parler.

Nous pouvons supposer que lorsque l'interne n'a pas besoin de son senior pour gérer les conséquences de son erreur, il préfère la taire évitant ainsi le moment difficile de sa divulgation. Si cette attitude ne permet malheureusement pas de tirer d'enseignement, c'est une réaction humaine et compréhensible.

« il n'y avait pas eu de conséquence et c'est vrai que j'ai rien dit... » [...]
Investigatrice : « C'était difficile pour toi d'en parler ? »

« Oui je n'avais pas forcément envie de le dire, et je n'en ressentais pas la nécessité. Donc je n'en ai pas parlé (Rires). » (18)

Investigatrice : « Tu en as parlé avec ton chef quand il s'est levé ? »
« Non, c'était une hyponatrémie sûrement installée depuis longtemps, c'est sûrement pour ça qu'elle avait des œdèmes. Je n'ai pas eu besoin de lui en parler. » (24)

6. Le corps de la discussion avec le senior

Nous avons pu observer les premiers retours après une erreur. Ils sont une porte ouverte vers une communication plus profonde. Cela se concrétise-t-il chaque fois ? Comment la discussion se déroule-t-elle par la suite entre les soignants ?

6.1. Les interactions et échanges positifs

6.1.1. Une attitude bienveillante des seniors

◆ Rassurer l'interne

Plusieurs seniors ont eu une attitude qui se voulait rassurante envers l'interne. Dans certains cas, ce sont les seniors qui ont pris l'initiative d'aller rassurer l'interne. Dans d'autres cas, les paroles apaisantes seront des réponses à l'interne venu exprimer ses inquiétudes.

« c'est lui [l'urgentiste, NdA] qui m'en a reparlé, je faisais une garde et c'est lui qui m'a dit : "Alors ça va ? Tu sais ça arrive. » (41)

« j'en avais parlé à un chef aussi, qui était très speed, que j'aimais bien, qui n'avait pas l'air très inquiet. Il m'avait dit : "Ne t'inquiète pas, on va le retrouver. » (26)

Les seniors peuvent s'appuyer sur l'absence de conséquence pour apaiser la culpabilité de l'interne.

« Globalement, tu as donné une dose un peu trop forte mais ce n'est pas non plus... Il ne va pas en mourir ! Ca va être un peu difficile pour lui de prendre 500 en une fois donc ce n'est pas très grave. » (3)

« il m'a redit que de toute façon ça n'avait pas eu de conséquence. Parce que je lui avais dit que je n'avais pas dormi de la nuit. » (12)

« J'ai eu un chef qui était génial, qui m'a dit : "Ecoute, ça arrive à tout le monde, ce n'est pas grave. Et surtout il n'y a aucun préjudice. C'est-à-dire qu'elle reçoit cent fois plus que la dose de corticoïdes que tu lui as donnée à minuit, donc pour elle ce n'est rien du tout. [...] Il m'a rassurée [...] "rassure toi, ce n'est pas grave. » (46)

Quand les conséquences sont sérieuses, ils réconfortent les internes sur la qualité de leurs décisions en faisant abstraction du biais de rétrospection.

« j'en ai discuté après avec d'autres chefs [...] Ils m'ont dit que de toute façon si ça faisait 36 heures qu'elle avait sa méningite, ce n'était pas les deux heures qui auraient changé quelque chose. [...] Elle m'a dit : "Non, de ce que tu me racontes, non.... Ce n'est pas deux heures qui auraient changé grand-chose. C'est vrai que tu aurais pu, mais bon, c'est facile après de dire j'aurais pu faire ci, j'aurais pu faire ça. Quand c'est fait, c'est un peu trop tard." Elle m'a dit que je n'avais pas fait d'erreur majeure sur ce cas-là., que ça n'aurait pas changé grand chose. » (13)

« quand on a su qu'ils allaient porter plainte, [...] on a regardé le dossier, et il m'a dit : "Mais non tu avais tout bien fait." Il avait regardé ce que j'avais fait, ce que j'avais écrit parce qu'il sentait dès le début que ça allait se passer comme ça. Et il m'a dit : "Tu as tout bien fait, tu as écrit à chaque fois à qui tu as demandé un avis, quand tu as vu sa famille, de quoi vous avez parlé donc tu as tout bien fait. Tu n'as rien à te reprocher. » (17)

Dans le récit 5, la chef est rassurante et reconnaît le poids des responsabilités qu'elle a laissé reposer sur l'interne.

« Et elle m'a dit qu'elle savait qu'elle m'avait laissée un peu en galère, qu'il y avait 5 sorties, 6 entrées... Que j'avais dû gérer seule... Bon, après elle essayait de me rassurer comme elle pouvait, en me disant bien sûr de faire plus attention, mais elle ne m'a pas du tout accablée. » (5)

◆ Dédramatiser

Dans le récit 3, le maître de stage arrive à rire de la situation. Contrairement à la situation 14, au cours de laquelle le senior rit de façon moqueuse sans débriefer avec l'interne, ici le senior a, au préalable, discuté avec sérieux de l'erreur de l'interne et les rires ne sont pas mal perçus.

« le lendemain quand je lui ai dit : "Tu ne sais pas quoi ? Elle a donné 500mg fois trois !" Ca l'a fait plutôt rigoler, eux ça ne les a pas trop choqués... Ca les faisait plutôt rigoler [...] après, en rigolant, elle me disait : "Oui, c'est pas facile l'amox ! ». (3)

◆ Evoquer ses erreurs personnelles

Quelquefois les seniors ont évoqué leurs erreurs passées afin d'apaiser l'interne.

« il m'a dit : "Moi aussi j'ai fait des erreurs quand j'étais jeune. » (2)

« il m'a vue paniquer, et il m'a dit : "On en fait tous et en plus celle-ci n'a aucun préjudice donc rassure toi, ce n'est pas grave. » (46)

Nous verrons ultérieurement l'impact de cette démarche sur les internes.

6.1.2. La volonté de tirer un enseignement de l'erreur

Au-delà de la volonté de rassurer et d'apaiser, la discussion permet également d'avoir une réflexion, de débriefer et de décider des mesures à prendre pour éviter la récurrence.

◆ Analyser et identifier les erreurs

Dans plusieurs récits, la discussion a pour but de déterminer s'il existe réellement – ou non – une erreur. Si une erreur est identifiée, cela permet d'en analyser les causes. Ces échanges ont majoritairement lieu en petit comité (interne, senior...) sans réunion spécialement dédiée.

« Elle [l'associée du maître de stage, NdA] l'histoire de l'INR... Elle nous a dit que c'était un peu notre faute. [...] elle suit une procédure pour les INR [...] donc là on a fait une erreur. » (4)

« on a repris tout le dossier et mes observations [...] on a discuté après un peu avec les médecins, savoir s'il y avait une erreur ou pas. Selon moi, c'est vraiment aussi le moment où il est arrivé je pense. Il est vraiment arrivé pile au moment où il y avait plus de monde [...] Ils m'ont tous dit que c'était un diagnostic difficile quand c'est une appendicite qui se présente comme ça. » (11)

« J'en ai rediscuté avec mes chefs qui me disaient qu'effectivement sur ma prise en charge, j'avais peut-être pris deux heures de retard avec mon examen initial mais que ça ne changeait rien au pronostic de la petite. » (13)

« elle [la réanimatrice, NdA] m'a dit que dans ces cas-là, il faut taper large. Elle a quand même essayé de se mettre à ma place, mais elle m'a aussi dit que si elle était intervenue, elle aurait quand même essayé les antibiotiques dès le début. » (16)

« elle [le maître de stage, NdA] m'a dit : "Bof non, ta prescription était valable tout de même, tu pouvais défendre ton bout de gras si tu le voulais. » (20)

« J'en ai reparlé le lundi avec mon chef attitré aux urgences, on a bien re-débriefé aussi. Ca c'était bien. [...] plus sur le côté technique, que peu importe les années d'expérience ou de vouloir s'autonomiser, il y a certaines choses que tu te dois de vérifier. » (22)

« On a su pourquoi il avait fait cette réaction, c'était à cause de la transfusion qu'il avait eue dans la nuit. On avait déclaré l'accident et ils ont repris le dossier et c'était ça. » (44)

◆ Accompagner l'interne

Dans le récit 3, le senior guide l'interne pour qu'il répare lui-même son erreur.

« Globalement, tu as donné une dose un peu trop forte mais ce n'est pas non plus [...] Mais si tu veux, tu la rappelles et tu lui prépares l'ordonnance, elle viendra la chercher. Comme ça, tu remets les choses à plat. » (3)

Dans le récit 46, le senior accompagne l'interne pour faire face au patient et se charge lui-même de l'annonce :

« J'ai eu un chef qui était génial, qui m'a dit : "Ecoute, ça arrive à tout le monde, ce n'est pas grave. Et surtout il n'y a aucun préjudice [...] On va aller lui en parler. » (46)

◆ Ouvrir la discussion aux confrères d'autres services

Lorsque des collègues d'une autre spécialité sont également impliqués, leurs erreurs ont parfois été identifiées et signalées pour prévenir une récurrence et améliorer la collaboration entre les services.

« je sais que ma chef leur en a parlé [aux radiologues, NdA] et en a discuté. Mais c'était entre eux, nous on n'y était pas. Ça n'était pas la première fois que ça arrivait. » (40)

« c'est le chef de service qui avait parlé avec les gastro. Il leur avait dit que ce n'était pas normal qu'ils ne répondent pas quand on les appelle sur le DECT. » (44)

◆ Mettre en place une RMM ou un temps dédié à la discussion entre soignants

Dans quelques récits, la discussion aboutit à la création d'une RMM ou à une discussion plus officielle entre soignants impliqués. Ce sont des démarches constructives visant à identifier les manquements et à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les pratiques de chacun.

« Moi j'avais proposé au chef de service de réa que le défibrillateur soit dans un sac-à-dos qu'on transporte à chaque fois [...] on m'a proposé [...] une revue de morbi-mortalité avec les infirmières, aides-soignantes. » (7)

« Elle m'a dit que c'était à lui [au senior, NdA] d'annoncer aux parents déjà. Pas à moi. Que ce n'est jamais à une interne d'annoncer des trucs comme ça ou en tous cas, avec lui, mais pas toute seule. [...] la chef de service a redit à tout le monde que c'était hors de question qu'une annonce soit faite par une interne etc. Sans la présence au moins d'un senior » (33)

« le chef qui l'avait vue en premier [...] a soumis le dossier en RMM » (37)

« Il y a eu une grosse réunion avec tous les internes [...] la chef de service de service a dit qu'on était tous passés à côté [...] Tout le monde s'est remis en cause, ils ont dit que ça aurait pu arriver à tout le monde, même à eux [...] on n'accusait personne. Tout le monde s'est remis en cause. » (40)

6.2. Les interactions et échanges infructueux

6.2.1. Un discours qui ne répond pas aux attentes de l'interne

Dans certains récits, les seniors sont ouverts aux discussions, mais cela ne suffit pas toujours à créer un échange productif aux yeux de l'interne. Ce dernier attendait davantage de l'échange. Cette insatisfaction peut être due au fait que le senior et l'interne n'ont pas le même point de vue, au fait que l'interne n'a pas la sensation d'être vraiment écouté et n'est pas satisfait du discours impersonnel du senior ou encore parce que le senior ne répond pas précisément à la question de l'interne sur sa responsabilité.

« je lui ai surtout raconté que j'avais été un peu choquée par son attitude [celle du patient, NdA], et elle ne m'a pas dit grand-chose à part qu'elle savait qu'il était comme ça, et qu'elle, elle cédait dans ces cas-là... Mais c'est tout... Ca ne m'a pas trop aidée parce que moi ce qui m'ennuie c'est de céder justement... » (21)

« je n'arrivais pas à avoir un diagnostic, je ne comprenais pas pourquoi [...] lui me disait : "Elle a 90 ans, on va voir un peu... Elle n'a pas de famille, on ne va pas non plus trop chercher, ça ne va de toute façon pas changer notre attitude." [...] Mais moi j'ai eu du mal. [...] Le chef de service finalement, il me disait que ça ne changerait rien de trouver le diagnostic, il se voulait rassurant peut-être en disant que de ne pas trouver ça ne changerait rien.... Mais il ne m'écoutait pas vraiment. » (45)

« Mon chef me rassure mais modérément, je lui parle de mon cas mais il ne me dit pas : "Tu n'as pas fait d'erreur." Moi c'est ce que je voulais entendre. » (23)

Nous verrons, ultérieurement, les ressentis et les attentes des internes afin de comprendre ce qui leur a manqué ici.

6.2.2. Des attitudes négatives envers l'interne

◆ Absence de soutien

Face aux difficultés, certains seniors n'apportent aucun soutien à l'interne et le laissent volontairement assurer un rôle qui n'est pas le sien (faire face à l'agressivité d'un patient, assurer seule une tâche médico-légale comme annoncer une mesure de placement ou tenir le dossier d'un patient victime d'erreur médicale).

Le senior n'a alors aucune empathie envers l'interne et n'assume pas son rôle d'encadrement.

« Elle me fait sortir ma patiente et rentrer le patient qui me gueule dessus pendant un quart d'heure pour me dire qu'il veut mon nom, mes coordonnées, qu'il va prévenir mon chef, que j'ai fait une énorme erreur [...] Ma chef reste à côté de moi sans rien dire [...] Ma chef dira juste une mini-phrase que ce n'est pas grave [...] "Ne t'inquiète pas, tu n'auras rien. Au pire ça tombe sur moi. » (23)

« Lui il est parti dans son bureau, il a fait le signalement. Il m'a dit : "Toi tu vas parler à la famille." Je ne les connaissais pas, je ne les avais jamais vus. » (33)

« Parce qu'après elle avait voulu que j'aille parler à la famille. Elle m'avait dit : "Non mais c'est bon tu es interne, c'est toi qui doit annoncer la mort aux enfants." Ca s'est vraiment mal passé. » (42)

« Ah, t'as suivi la prise en charge de l'enfant ? Tu veux bien faire le compte-rendu ?" Parce qu'il ne voulait pas faire le compte-rendu alors que c'était le bordel tu vois. » (43)

◆ Colère, agressivité, moquerie, humiliation

Nous pouvons observer des propos très virulents, des menaces, des moqueries ou parfois même une humiliation en public de l'interne.

Dans le récit 5, la situation s'apaise par la suite grâce au dialogue. En revanche, dans les situations 19 ou 43, la relation entre les soignants impliqués était déjà compliquée et ces échanges négatifs ne font qu'aggraver les tensions.

« Ma chef au début était très fâchée. [...] A la fin de la prise en charge, elle m'a dit : "C'est bon tu peux partir. » (5)

« Mon senior : il a rigolé. Du coup on en a reparlé, après sur la route, et lui a trouvé ça très drôle. Mais vraiment pour lui c'était hilarant. » (14)

« Donc j'ai dû tout de suite le dire à un de mes chefs. Je me suis faite bien engueulée [...] ça s'était passé devant toute l'équipe dans le poste de soin [...] théâtralement devant tout le monde. Il avait appelé le chef du déchoquage pour dire ce que j'avais fait ! » (12)

« Ma chef m'a dit : "T'attends quoi pour cette patiente ?" sous entendu "Accélère!" J'ai dit : "Je pense qu'elle a un problème d'ulcère veineux chronique, avec je pense peut-être un début d'infection. J'attends le dermatologue." [...] Elle est partie et elle a claqué la porte. Elle a parlé à une autre chef et lui a dit : "Tu te rends compte qu'elle ne sait pas diagnostiquer un érysipèle !" [...] Elle nous engueulait beaucoup, nous faisait des reproches comme ça devant tout le monde » (19)

« un chef la convoque en lui disant : "Ton patient est décédé, j'ai relu ton dossier, c'est de la merde. Ce que tu as écrit c'est n'importe quoi." [...] Il l'a complètement descendue [...] il lui en voulait parce qu'elle a mal rempli le dossier. Il lui a dit : "Là le SDF il a une famille, elle t'attaque, tu es en prison. Avec ce que tu as écrit, tu vas en prison. » (31)

« là j'ai pris la parole, j'ai dit que ce n'était pas ça que je voulais dire, j'ai essayé d'expliquer mais elles [les IDE] étaient vraiment sur une note très très agressive. Tout le monde essayait de décharger sa responsabilité de ce qui s'était passé [...] Donc au niveau du service, ça a clairement aggravé les choses » (43)

6.2.3 Le refus de prendre ses responsabilités

◆ Un senior fermé à la discussion et niant ses responsabilités

Quelquefois, le senior nie sa responsabilité. Cela empêche alors toute discussion constructive et laisse l'interne sans réponse. Dans le récit 38, la chef accuse même l'interne d'être le seul à l'origine de l'erreur, alors qu'elle est, elle aussi, impliquée.

« il m'a dit : "mais non [...] C'est bon t'inquiète. Maintenant le patient est en USIC, et puis nous, on nous montre l'ECG, on nous montre l'ECG ! Ce n'est pas notre erreur c'est l'erreur de l'infirmier, c'est pas nous. [...] C'est bon il est en USIC le patient. » (6)

« La conclusion de la RMM par la chef de service de gastro c'est que de toute façon le patient allait mourir donc il avait probablement que quelques mois d'expérience de vie et que ça n'allait pas changer grand-chose. »(7)

« tu te souviens de Monsieur Untel ? [...] Bah la prochaine fois quand tu as une fièvre, tu mets les antibiotiques. [...] je fais un rapport parce que je dois le faire. Heureusement la famille ne porte pas plainte. Mais c'est obligatoire. » (38)

L'interne se retrouve donc seul face à ses interrogations, sans aucune empathie ni confraternité de la part de ses chefs. Même lorsqu'il parle de son mal-être, ceux-ci n'y prêtent pas attention.

« j'ai dit au chef de service : "C'est peut-être une question naïve mais à quoi ça sert d'injecter de l'adré quand on n'a pas de défibrillateur ?" Et il m'a répondu : "Tu n'avais qu'à faire un ECG, si tu voulais voir le rythme." [...] je lui ai dit : "Vous, vous vous en foutez mais moi ça m'empêche de dormir." [...] Il y a eu un gros blanc. Puis que j'en verrai d'autre. » (7)

« avec elle [la chef, NdA] ce n'était pas très constructif. Ca se passait assez mal avec elle parce qu'elle était très très brut de décoffrage. Et quand elle avait décidé de quelque chose, c'était comme ça que ça se passait et pas autrement. » (13)

« je suis allée parler avec mes chefs et je leur ai dit : "Mais j'étais là, oh ! J'étais présente. J'ai vu comment il a poussé la seringue et je n'ai rien fait..." Et là mon chef de service a dit : "Oh bah de toute façon ce n'est pas grave. Il allait mourir de toute façon." Et il se casse ! » (36)

L'attitude des seniors peut parfois aller jusqu'à des comportements de fuite, traduisant une lâcheté loin d'être exemplaire pour l'interne.

« Lui [le senior impliqué, NdA] il s'est caché toute la semaine en fait. Donc je n'en ai jamais reparlé avec lui. » (33)

« Il [l'alcoologue responsable du décès du patient, NdA] ne voulait pas parler de ça. Donc il n'était pas là.[...] on ne l'a jamais vu. En plus il nous évitait hein ! [...] Ca m'est arrivé d'avoir besoin de lui pour d'autres patients. Auparavant, on se parlait dans les couloirs et tout. Là, non, il me disait : "Tu m'envoies un avis écrit. » (36)

◆ Dissimulation

L'attention des chefs peut être davantage portée sur les façons de dissimuler l'erreur, de taire le problème plutôt que sur la mise en place d'une attitude réflexive.

« il [le chef de service, NdA] nous a dit : "Je suis très surpris, parce que X [un chef présent lors de la prise en charge de l'enfant, NdA] m'a dit qu'il y avait eu une réa mais il m'a dit que tout s'était très bien passé. » (43)

« Il a été pris en entretien, mais cet interne c'était un "fils de" ... On va dire. Donc il a été très très protégé depuis le début du stage. Il avait fait plusieurs erreurs durant son stage, et à chaque fois... [...] Dans son service, les infirmières ont fait un signalement à leur cadre, ont fait un signalement au chef de service des urgences. Mais finalement il a toujours été là. » (35)

La dissimulation pouvant aller jusqu'à désigner comme responsable une étudiante afin de couvrir un médecin de l'établissement :

« Bon, bah on va dire que c'est une erreur de l'infirmière. Ca ne te dérange pas Machin truc ? » [...] "C'était une petite erreur, un surdosage, il était trop faible, voilà. C'est tout. Et de toute façon, comme ça, il n'a pas souffert " [...] C'était limite de niveau administratif quoi. Comment cacher ça ? Qu'est-ce qu'on va dire à la famille ? Comment maquiller l'histoire ? » (36)

6.2.4. Une absence de discussion constructive : l'échec d'une approche systémique

Une approche systémique est nécessaire à la compréhension du mécanisme de l'erreur et à la prévention des récurrences. Malheureusement, les internes ont été confrontés à des situations en totale inadéquation avec ce principe.

♦ Une absence totale de communication

Plusieurs récits relatent une erreur au cours de laquelle plusieurs « filtres » n'ont pas fonctionné. Toutefois, nous ne retrouvons aucune démarche mise en œuvre pour analyser les facteurs ayant conduit à la survenue de l'erreur.

« a priori il y avait une réunion qui devait se faire mais je n'ai pas eu de nouvelles depuis [...] ça s'appelle une RMM je crois. Il devait y en avoir une mais finalement je n'ai pas eu de retour » (44)

Dans le récit 6, on retrouve l'exemple parfait d'une erreur systémique : l'ECG réalisé par l'étudiant infirmier est incomplet, l'IDE en charge de l'étudiant n'a pas vérifié que son étudiant savait le faire correctement et n'a pas non plus vérifié le résultat. Ensuite, l'ECG est lu par l'interne et le senior qui ne vérifient pas l'ensemble des dérivations et ne s'aperçoivent pas qu'il en manque la moitié. Ceci aboutit au retard diagnostique d'un infarctus du myocarde. Nous avons vu ci-dessus que le senior refuse toute analyse de sa part de responsabilité dans l'erreur. Nous observons également qu'aucune discussion n'aura lieu pour informer les paramédicaux de leur erreur, ni pour analyser les raisons pour lesquelles les divers filtres n'ont pas fonctionné.

« il [le senior, NdA] était un peu je m'en foutiste. : "C'est bon t'inquiète, maintenant le patient est en USIC, et puis nous, on nous montre l'ECG, on nous montre l'ECG ! Ce n'est pas notre erreur c'est l'erreur de l'infirmier, c'est pas nous. » [...]

Investigatrice : « Est-ce que vous en avez parlé avec l'infirmier et l'élève ? »

« Non. »

« Eux ils ont su qu'ils avaient mal fait l'ECG ? »

« Non, je ne leur ai même pas dit. »

« Et ton chef n'en a parlé à personne ? »

« Non. » (6)

Dans le récit 27, l'interne administre une dose trop importante d'insuline au patient car l'ampoule disponible dans le matériel d'urgence ne correspond pas à ce qui est décrit dans le manuel d'utilisation et l'interne ne vérifie pas la concordance.

L'interne souligne, en plus de ce dysfonctionnement technique, que les tâches qui leur sont confiées au cours de ce stage sont trop complexes et que d'autres co-internes ont rencontré ce genre d'erreur. On observe là aussi une situation dans laquelle une approche systémique est nécessaire. Or, l'interne observera que le signalement de son erreur se fait « entre chefs », la laissant à l'écart et qu'il n'y aura jamais de discussion de fond :

« je l'ai vu discuter avec le chef des urgences, un peu en mode "Bon elle a fait une erreur, etc." Il a discuté avec l'autre chef, celui du SAMU pour lui dire qu'il y avait une erreur dans le carnet [...] mais je n'en ai pas plus entendu reparler que ça. [...] Je ne sais pas, je pense qu'ils en ont discuté entre eux après mais de manière confidentielle pour ne pas que ça se sache. C'est à dire que le chef de service a été voir le chef du SAMU pour lui dire ce qu'il s'était passé, il a aussi parlé au chef des urgences mais assez... d'homme à homme, comme ça., sans m'inclure moi. » (27)

Malheureusement, aucune leçon n'a été tirée de ces erreurs, potentiellement riches en enseignements.

♦ L'échec des mesures de communication entreprises

Certains services ont pourtant pris la décision d'organiser des entretiens ou des réunions d'équipe. Cependant, il n'y a pas de réelle volonté d'aborder l'erreur et ces tentatives de débriefing sont alors des échecs. L'interne n'est pas convié ou n'est pas écouté. La discussion peut même aggraver les tensions déjà existantes entre soignants. Comme dans le récit 43, où une réunion de morbi-mortalité a été organisée sans véritable désir d'analyser les mécanismes de l'erreur. Chaque intervenant n'a pour objectif que de se dédouaner de toute responsabilité aux dépens de ses collègues.

« Il y a quand même une RMM qui a été organisée sauf que ça a été organisé un peu n'importe comment. [...] ont été invités le chef de service des urgences adultes – je ne sais pas s'il a invité les radiologues mais il n'y a personne qui est venu – les anesthésistes ont été sollicités mais il n'y a personne qui est venu. [...] alors que nous, on avait prévenu les infirmières, que les objectifs c'étaient de faire le point, d'améliorer les pratiques, que ce n'était pas un règlement de compte, ça a quand même été un peu un pugila. C'est-à-dire que l'histoire a été présentée par X, le senior qui a quand même le plus dirigé la réa [...] Il n'a vraiment pas présenté les faits comme ça s'est passé, il n'a pas été objectif, il a vraiment tourné les choses à son avantage. Et puis, nous on n'a pas trop osé dire que ça n'était pas vrai. Et là, les infirmières ont commencé à dire : "On a entendu dire par notre cadre que les médecins s'étaient plaints qu'on avait mal répondu." [...] j'ai essayé d'expliquer mais elles étaient vraiment sur une note très très agressive. Au final, moi j'avais vraiment plus l'impression de me faire défoncer par les infirmières que... On n'était pas du tout dans une démarche positive quoi. J'avais vraiment l'impression qu'on était dans un règlement de compte. Tout le monde essayait de décharger sa responsabilité de ce qu'il s'était passé. [...]

Parce que j'ai vraiment eu l'impression que ça avait fait empirer les choses plutôt qu'autre chose cette réunion. » (43)

« Ils ont organisé une réunion avec l'équipe, etc. [...] personne ne m'avait informée de la réunion. [...] personne ne m'avait demandé mon avis [...] Il [l'alcoologue, NdA] ne voulait pas parler de ça. Donc il n'était pas là [...] il [le senior présent au moment de l'erreur, NdA] n'était pas là parce qu'il avait une réunion dans un autre service [...] des trois personnes concernées, qui étions sur place, il n'y a eu personne. [...] Il ne s'est rien passé. Et dans la continuité de la vie des services, il ne s'est rien passé. Après ils n'ont plus jamais parlé de ça. L'alcoologue a continué sa vie, tout le monde a continué sa vie. » (36)

« Lui [le senior; NdA] a soumis le dossier en RMM, où en fait je n'ai pas été invitée, pour laquelle les internes n'ont pas été prévenus. Parce que pour faire la RMM il fallait qu'il y ait des gens aux urgences pour travailler... Donc nous on était aux urgences, donc je n'ai jamais su... On n'a pas été conviés pour la discussion. » (37)

♦ Une absence de communication et d'analyse systémique malgré un senior ouvert et un déroulement satisfaisant selon l'interne

Dans le récit 12, un débriefing a lieu entre l'interne et le senior dans de bonnes conditions. Cependant, le problème de fond responsable de l'erreur, un défaut d'organisation des prescriptions, n'est absolument pas évoqué alors que c'est un souci récurrent dans le service.

Investigatrice : « Est-ce que ça a permis de rediscuter de ce problème de prescription dans le service ? »

« Non. En fait je me rends compte qu'on n'a même pas remis en cause le fait que je l'ai noté sur le papier. Quand on en a rediscuté, on a parlé de ma faute, c'est-à-dire d'avoir prescrit de l'aspirine sans scanner mais jamais que ça a été prescrit sur un papier, juste avant les transmissions du soir en fin de journée, enfin le truc basique quoi [...] C'est vrai qu'on aurait peut-être dû en reparler, de l'organisation, parce que c'est vrai que c'était mal fait. ». (12)

Dans le récit 9, un patient souffrant de spondylodiscite avec compression médullaire est passé plusieurs fois aux urgences sans que le diagnostic n'ait été fait. Après le transfert du patient dans son service, l'interne narrateur découvre le déficit neurologique. Un retard de prise en charge s'ajoute car le senior ne récupère pas les examens complémentaires, un jour où l'interne est absent.

Bien que le senior soit disponible, bienveillant et qu'il soutienne l'interne, aucune discussion n'aura lieu concernant le problème d'organisation du service (problème du suivi des patients les jours d'absence de l'interne). Enfin, personne ne cherchera à informer les médecins urgentistes, qui sont passés plusieurs fois à côté du diagnostic, de la pathologie réelle du patient.

Investigatrice : « Est-ce que tu en as parlé avec les urgentistes ? Ou des internes des urgences ? »

« Non, je connaissais la chef qui a vu ce patient plusieurs fois mais je ne lui en ai pas parlé. »

FG3Int3 : « Est-ce que ton chef est venu ensuite s'excuser auprès de toi, du fait de ne pas t'avoir supervisée ou de ne pas avoir vu les choses ? Parce que c'est un peu de sa faute aussi au chef. »

« Alors il m'a félicitée mais il ne s'est pas excusé (rires) » (9)

Dans le récit 46, l'interne est satisfaite de l'attitude de son senior qui prend le temps de discuter et de la rassurer. Toutefois, malgré cette bienveillance, l'aspect systémique de l'erreur n'est pas du tout abordé. Pourtant dans cette histoire également, « un filtre » représenté par l'infirmière n'a pas rattrapé l'erreur de prescription de l'interne.

« mais je me suis dit que la nuit, l'infirmière, elle ne s'est pas posé de question, pourquoi elle réveillait la patiente qui a des bolus de corticoïdes. [...] »

Investigatrice : « Tu en as parlé au chef de ça ? Vous en avez parlé avec les infirmières ? »

« Non, pas du tout. Elle a suivi ma prescription en fait. En plus c'est l'infirmière de nuit, donc je ne la voyais pas. [...] »

Investigatrice : « Et avec les autres internes ou médecins ? »

« Non on n'en a pas parlé avec les infirmières. C'est resté entre mon chef, la patiente et moi. On n'en a pas parlé au chef de service ni aux autres médecins. » (46)

Dans le récit 8, l'interne a oublié d'arrêter les AVK d'un patient devant subir une fibroscopie. Il n'y a aucune communication avec les paramédicaux, alors que là aussi « le filtre » qu'ils représentent n'a pas fonctionné.

Investigatrice : « Est-ce que vous en avez parlé aussi avec l'équipe paramédicale ? »

« Non pas du tout. » (8)

Dans une moindre mesure, le récit 5 illustre une situation dans laquelle plusieurs facteurs (la charge de travail, l'organisation de prise en charge des entrants, les moments de présence du senior) ont participé à la survenue de l'erreur. Toutefois, il n'y aura pas de synthèse ou de discussion veillant à en tirer un réel enseignement.

« ma chef au début était très fâchée. [...] je l'ai appelé pour m'excuser et on en a beaucoup parlé, le soir même par téléphone, le lendemain. Et elle m'a dit qu'elle savait qu'elle m'avait laissée un peu en galère, qu'il y avait 5 sorties, 6 entrées... Que j'avais dû gérer seule... [...] Le chef de service a été au courant et il ne m'a strictement rien dit. »

Investigatrice : « Comme le chef de service a été informé par ta chef, est-ce que vous en avez reparlé à distance pour trouver un moyen d'éviter que ce genre de choses arrive ? »

« Non, non... Juste des petites phrases, comme par un exemple quand un entrant arrivait : "N'oublie pas de regarder le bilan." Voilà, mais rien de..." (5)

7. Les échanges avec les co-internes

Les échanges entre co-internes sont présents dans la majorité des récits. Ce sont les interlocuteurs les plus fréquemment retrouvés après les seniors. Les co-internes peuvent parfois même être des amis, au-delà du statut de collègues de travail. Ils sont ceux avec qui l'interne parle de son erreur même lorsqu'il ne souhaite pas en parler à son senior.

« J'en ai parlé à mes co-internes, parce qu'on était dans un bureau, une sorte de placard. Ils étaient là à ce moment- là. Mais je n'en ai pas parlé à mes chefs. » (18)

« J'en ai parlé à mes co-internes. On a décidé qu'il fallait appeler la famille, le médecin pour adapter le traitement. »

Investigatrice : « Tu en as parlé avec ton chef quand il s'est levé ? »

« Non [...] Je n'ai pas eu besoin de lui en parler » (24)

« j'en ai parlé avec mes co-internes, pas à un autre chef. C'est l'habitude, on en parle aux co-internes. [...] Je ne suis pas allée les voir [les chefs, NdA] et si tu ne vas pas les voir eux ne viennent pas... Donc j'ai préféré en parler à mes amis plutôt qu'à mes chefs. » (41)

7.1. De rares échanges négatifs

Les cas d'échanges difficiles entre co-internes sont rares.

On relève, rarement, des propos manquant d'empathie, ou quelques reproches entre internes.

Cela reste plutôt anecdotique à l'échelle de notre échantillon.

« je vois une interne de ce service qui me dit : "Putain, mais tu avais lu ses gaz ? Tu l'as laissée comme ça ?" J'ai dit : "Oui, mais j'avais vu avec mon chef." Elle me dit "Mais tu sais que là elle est en réa ? » (47)

7.2. Des échanges majoritairement bénéfiques

Dans la grande majorité des récits, les échanges entre co-internes sont bienveillants.

7.2.1. Une aide à la prise de décision : des échanges peu nombreux mais toujours bienveillants

Parfois, la discussion porte sur la prise en charge médicale pure: les co-internes sont sollicités pour décider de la prise en charge du patient une fois l'erreur survenue, ou pour réfléchir à ce qui aurait pu éviter la survenue de l'erreur.

« J'en ai parlé à mes co-internes. On a décidé qu'il fallait appeler la famille, le médecin pour adapter le traitement. » (24)

« au fur à mesure que j'avais des infos, j'en parlais tous les jours à mes co-internes "Vous auriez pensé, vous, à l'hématome du psoas ? » (15)

« On a repris l'histoire après avec ma co-interne, parce qu'on était deux internes aux portes [...] On l'avait vu ensemble parce qu'à chaque fois que j'avais des doutes on voyait le patient ensemble [...] On a repris tous les points, savoir où il y aurait pu y avoir des erreurs. Dans la chaîne de transmissions, dans la conduite à tenir » (44)

Toutefois, cela représente une faible part des échanges. Les questions médicales sont en effet davantage abordées avec les seniors, comme nous l'avons vu précédemment et les co-internes interviennent davantage dans l'expression du ressenti, de l'émotion :

« je ne pense pas qu'ils aident à tirer des enseignements positifs. C'est plutôt "Ne t'inquiète pas, ça va" [...] ils rassurent [...] On en rigole, mais à la différence des seniors, on n'en tire pas de conséquence pratique, d'enseignement. [...] parler aux co-internes, qu'on voit tous les jours, plus accessibles parce qu'on déjeune avec eux, ça a été un moyen de me rassurer en premier.» (39)

7.2.2. Des propos rassurants, empreints d'empathie

Les co-internes offrent une oreille attentive et des propos rassurants. Ils sont les interlocuteurs auprès de qui les internes viennent chercher de l'empathie et de l'apaisement. Nous pouvons observer qu'il n'existe aucun récit dans lequel l'interne a souffert du manque de disponibilité de ses co-internes, contrairement aux échanges avec les seniors.

« j'en ai parlé à une de mes co-internes. Et, elle-même, elle a essayé de me calmer et de me dire : "C'est bon maintenant il est en USIC, t'as très bien réagi, tu as appelé le 15 tout de suite. T'as géré le truc alors qu'il [le chef, NdA] n'était pas là." [...] j'en ai parlé juste à elle, et elle m'a calmée. » (6)

« mes co-internes qui m'ont dit qu'il ne fallait pas que je m'inquiète, que c'était une patiente âgée, même si ce n'est pas forcément une excuse mais ils essayaient de me rassurer un peu. » (16)

« Nous [avec sa co-interne, NdA] on en a parlé, on s'en parlait souvent quand on se croisait. On se demandait comment elle allait. Parce qu'on ne savait pas. J'ai su des semaines plus tard qu'elle avait survécu. Donc on se disait que quand même, on aimerait bien savoir [...] C'était plutôt rassurant je pense. Enfin, on essayait de se rassurer. [Rires]. Enfin ça dépend parce que quand on se disait : "Si ça se trouve elle est morte.", on se stressait un peu. » (37)

« ils [les co-internes, NdA] ont vu que je n'allais pas bien. Ils m'ont demandé ce qui s'était passé. Je leur ai dit. Ils m'ont dit que non, il n'y avait rien à faire, que je n'avais rien fait de mal... » (41)

7.2.3. Un vécu et des sentiments partagés : une discussion d'égal à égal

Au cours de leur formation, les co-internes se retrouvent confrontés aux mêmes difficultés. Lorsqu'un interne raconte son erreur, ses co-internes s'identifient et considèrent que cela aurait pu leur arriver. On observe une solidarité entre ces jeunes médecins en formation, qui se comprennent plutôt bien.

« j'ai parlé avec mes co-internes. Ils m'ont dit que c'était bien qu'il n'y ait pas eu le geste et que c'était quelque chose qui pouvait arriver à tout le monde » (8)

« Et j'en ai parlé aux autres internes, parce qu'ils étaient dans le même cas que moi, de difficultés avec les soins infirmiers. On a discuté un peu, il y en a d'autres qui avaient fait des erreurs. [...] Une qui [...] n'était pas bien, pareil. » (27)

« Mais du coup oui, on était toutes les deux dans la même situation. On avait à peu près réagi pareil. On avait eu le même rôle dans l'histoire. » (37)

« Mes co-internes m'ont beaucoup aidée à ce moment-là, en me disant : "Tu sais j'aurais peut-être fait la même erreur que toi. » (38)

« mes co-internes, qui m'ont dit : "Attends ça nous arrive tous. » (46)

8. Les échanges avec les paramédicaux

Nous avons déjà pu étudier ci-dessus quelques interactions avec le personnel paramédical, notamment lorsqu'il exerce son rôle de « filtre ».

Les échanges entre internes et paramédicaux sont omniprésents lors de la prise en charge d'un patient et nous pensons que l'inter-professionnalité est très importante dans la communication autour d'une erreur. Pour cela, nous avons souhaité analyser de façon plus approfondie les échanges faisant intervenir le personnel paramédical.

Tout comme avec les seniors, nous constatons, qu'en fonction des récits, les échanges peuvent être bienveillants et confraternels ou au contraire conflictuels et blessants.

Les paramédicaux intervenants dans ces récits sont principalement les IDE et leurs cadres mais également, les ASH, les étudiants (ASH et IDE), une pharmacienne et des manipulateurs en radiologie.

8.1. Des échanges positifs

8.1.1. Des paramédicaux empathiques, une solidarité entre soignants

Certains récits rapportent des échanges bienveillants, empreints d'empathie. Les paramédicaux ont parfois essayé de rassurer l'interne et ont su être attentifs à son mal-être.

« Après, l'aide-soignante a essayé de me rassurer en me disant qu'elle [la patiente, NdA] était déjà très affaiblie, en fin de vie. » (16)

« l'équipe paramédicale était vraiment top ! Elles ont vu que ça n'allait pas, elles sont venues » (41)

On peut observer une solidarité se créer entre IDE et interne, lorsque ceux-ci se retrouvent confrontés, ensemble, à une même difficulté.

« L'infirmière me disait : "Je ne dors pas." [...] Je suis partie du service, mais j'ai gardé un peu de contact avec l'infirmière. Ca nous avait rapprochées un peu toutes les deux. » (36)

« je remonte voir l'infirmière qui n'a jamais fait de dobu, [...] Elle me dit : "Ne t'inquiète pas. On va trouver le protocole, on va regarder, on va le faire ensemble. » (42)

Dans les récits recueillis, les attitudes empathiques sont majoritairement à l'attention de l'interne de la part des paramédicaux. Mais cela peut, peut-être, s'expliquer par le fait que nous ne recueillons que les points de vue des internes.

Toutefois, lorsqu'un membre du personnel paramédical se retrouve impliqué dans une situation d'erreur, l'interne fait également preuve de compassion envers-lui. Comme dans le récit 26, où l'interne s'inquiète de la façon dont l'étudiante IDE a pu être impactée par l'incident.

« je pense qu'elle se sentait très mal et je n'arrivais pas à savoir qui c'était. J'espère qu'elles en ont parlé entre infirmières. [...] Je ne voulais pas dire "C'est toi ou toi ?" Je pense qu'elle a dû se sentir mal donc je me sentais mal aussi pour elle, parce qu'elles sont jeunes en plus. » (26)

8.1.2. Des cadres infirmiers réactifs

Lorsque les internes relatent l'intervention de cadres infirmiers, ceux-ci sont à l'écoute et ont la volonté de tirer un enseignement de l'incident. Cependant, leur présence est rare dans les récits recueillis.

« J'ai été convoquée par la cadre de mon service qui m'a dit que la cadre de gastro lui a dit que je n'étais pas bien... » (7)

« La cadre de santé qui était très bien a pris mon numéro pour me dire ce qu'il en était et elle m'a appelée le lendemain pour me dire que c'est bon, il était retourné chez lui » (26)

« J'en avais discuté avec la cadre. [...] j'ai dit que ce n'était pas possible d'avoir ce type de réaction pendant une réanimation. [...] Elle avait tout à fait compris, [...] et elle leur a dit : "Vous n'êtes pas médecin, quand les médecins vous disent de faire un truc il n'y a pas de contestation possible, surtout dans une réa. » (43)

8.2. Des échanges difficiles

8.2.1. Faire face à l'opposition des paramédicaux

Dans certains cas, les paramédicaux s'opposent aux demandes des internes et remettent en cause leurs prescriptions, par exemple. Cela peut d'ailleurs participer à la survenue de l'erreur. Cette résistance est difficile pour les internes qui, de par leur statut de médecins en formation et leurs changements réguliers de service, ont du mal à asseoir leur autorité. Au cours de leur cursus, les internes sont amenés à prendre en charge des situations lourdes et des responsabilités identiques à celle d'un médecin senior peuvent leur être attribuées, pourtant le crédit qu'il leur est accordé est parfois bien faible.

« j'avais eu un appel de la pharmacienne après qui avait été hyper désagréable : "C'est vous qui avez fait l'ordonnance ? Vous êtes l'interne c'est ça ?" Elle m'avait bien prise de haut, toute la conversation était comme ça très agressive. » (20)

« Pourquoi tu fais un bilan ? Elle n'a pas de fracture. Là c'est le secteur traumatisme, on ne fait pas de bilan. Moi je suis infirmier de traumatisme, je ne fais pas de bilan d'habitude. "D'ailleurs après il y a eu un petit clash avec l'infirmier. [...] quand j'ai demandé le bilan, ils allaient manger. Ça ne leur a pas plu du tout. » (24)

« je me suis retrouvée [...] à devoir commencer à manager les infirmières, qui n'appréciaient pas tellement, par exemple, que je leur dise qu'il fallait mettre une deuxième voie. Elles m'ont dit : "Oui, mais on fait ce qu'on peut." Tu vois, elles m'ont envoyée vraiment chier [...] Quand, nous les trois internes, on s'est dit qu'il allait falloir intuber ce gosse, on a commencé à préparer le chariot d'intubation, on a dit à une des membres du personnel, je crois qu'elle était aide-soignante, de nous aider à préparer le chariot parce qu'on ne savait pas du tout où était le matos. Elle nous a dit : "Ah mais moi je suis occupée, je ne peux pas vous aider » (43)

« ma collègue y est allée une première fois pour essayer de négocier le scan, les manip radio, déjà, on les a dérangés en train de déjeuner donc ça les faisait chier, donc ils nous ont un peu envoyées péter » (43)

8.2.2. Une attitude défensive, une absence de débriefing

A distance d'une erreur impliquant médecins et paramédicaux, il n'y a quasiment jamais de démarche entreprise pour d'aborder ensemble les causes de l'erreur. Les rares interventions mises en place ont malheureusement abouti à des situations extrêmement conflictuelles. Cela empêche toute analyse productive et pluri-professionnelle de l'erreur.

Dans le récit 24, l'infirmier s'est fortement opposé aux prescriptions de l'interne. Cela a dégradé les conditions de travail et a probablement participé à la survenue de l'erreur. Pourtant, aucun échange n'aura lieu entre les protagonistes pour discuter de cet incident à distance. Ici la pauvreté des échanges qui existe habituellement entre eux semble avoir un rôle important.

« Avec l'infirmier non. [...] pas avec lui. Ca n'était pas un infirmier avec qui je parlais beaucoup, il voulait toujours faire vite, ça tournait beaucoup dans le service, je n'ai pas refait de garde avec lui. » (24)

Dans le récit 46, personne ne prend l'initiative de discuter ensemble de l'erreur (administration d'un traitement à la mauvaise patiente). Cette absence totale de débriefing se retrouve dans de plusieurs récits (par exemple : 6, erreur dans la réalisation d'un ECG ; 8, AVK non arrêtés avant fibroscopie...).

Investigatrice : « Vous en avez parlé avec les infirmières ? »
« Non, pas du tout. Elle a suivi ma prescription en fait. En plus c'est l'infirmière de nuit, donc je ne la voyais pas. Mais effectivement, elle ne s'est pas posé la question. Et je crois que ma patiente lui a dit : "Pourquoi est-ce que vous me donnez ça ?" La patiente a été interloquée mais elle l'a quand même pris son comprimé » (46)

Dans le récit 43, une RMM est mise en place à la demande des internes et pourrait permettre une réflexion systémique en équipe. Malheureusement, les échanges sont très conflictuels, les paramédicaux sur la défensive et on observe beaucoup d'agressivité. C'est un échec total.

« on avait prévenu les infirmières, que les objectifs c'étaient de faire le point, d'améliorer les pratiques, que ce n'était pas un règlement de compte [...] les infirmières ont commencé à dire : "On a entendu dire par notre cadre que les médecins s'étaient plaints, qu'on avait mal répondu." [...] là j'ai pris la parole, j'ai dit que ce n'était pas ça que je voulais dire, j'ai essayé d'expliquer mais elles étaient vraiment sur une note très très agressive. Au final moi j'avais vraiment plus l'impression de me faire défoncer par les infirmières que... On n'était pas du tout dans une démarche positive quoi. J'avais vraiment l'impression qu'on était dans un règlement de compte. Tout le monde essayait de décharger sa responsabilité de ce qu'il s'était passé. C'était beaucoup plus ça qu'une dynamique de service. [...] Il y a vraiment des infirmières que j'ai essayé d'éviter toute la fin du stage. Parce que j'ai vraiment eu l'impression que ça avait fait empirer les choses plutôt qu'autre chose cette réunion. » (43)

8.2.3. La peur de « l'étiquette »

Lorsque des paramédicaux sont spectateurs d'une erreur de l'interne, ce dernier craint d'être victimes de préjugés négatifs par la suite : perdre en crédibilité, avoir l'étiquette du "mauvais médecin" jusqu'à la fin de son stage.

« Parce que c'est vrai que ça s'était passé devant toute l'équipe dans le poste de soin, que moi je pensais que ça y est j'allais porter l'étiquette de la fille qui a foutu l'aspirine, que je n'allais plus être crédible non plus auprès des infirmiers, en fait ça n'a pas du tout été le cas ! » (12)

« je suis tombée sur l'infirmière qui avait été là cette nuit-là et elle m'avait dit : "Ah oui c'était toi l'interne qui avait fait monté ce patient !" C'était un peu bizarre comme réaction mais bon, elle ne m'en voulait pas. » (44)

Les internes apprécient donc les signes de solidarité de la part des paramédicaux mais la remise en question fréquente de leur autorité et la crainte d'être catalogué comme « médecin incompetent » sont difficiles à gérer pour les jeunes médecins.

Nous pouvons déplorer, à la lecture de ces récits, l'absence de débriefing entre médecins et paramédicaux lors de la survenue d'une erreur. Cependant les internes ne semblent pas s'en plaindre, en dehors des cas où ils ont dû subir des attaques virulentes de la part de l'équipe infirmière.

9. Les échanges avec l'entourage personnel de l'interne

Les récits mentionnant des échanges entre l'interne et son entourage personnel ne sont pas nombreux. Dans chaque cas, l'interne y voit une façon d'évacuer ses tensions, de « se libérer ». Ils trouvent auprès de leur entourage un accueil bienveillant mais n'espèrent aucunement un enseignement ou une compréhension de la situation médicale.

« je suis rentrée chez moi en pleurant, en appelant ma mère qui n'est pas du tout médecin, pour lui raconter la grosse connerie que j'ai faite. » (12)

« à une copine, mais j'ai eu du mal à lui en parler. Je lui ai dit : "Il m'est arrivé quelque chose c'était horrible." Mais j'ai eu du mal à lui en parler et je ne l'ai dit qu'à elle [...] Ça m'a un peu soulagée, et je lui ai demandé ce qu'elle avait pensé du comportement de mon senior. Enfin un peu pour m'appuyer, je pense que je cherchais plus une épaule pour pleurer. » (14)

« j'étais vraiment très énervée, du coup je suis plutôt du genre à en parler plutôt dix fois que zéro. Du coup mon copain y a eu droit, mes parents aussi (rires) Mais pour eux, ça ne paraissait pas très grave, et c'est vrai qu'en le racontant, ça ne paraît pas très... » (20)

Investigatrice : *« Tu en as parlé avec d'autres personnes ? »*
« Avec mon copain aussi à la maison, parce qu'à chaque fois que je rentrais je me libérais un peu. [...] dans ce service, tout le monde était assez ouvert. Après il y a eu d'autres fois où ça n'a pas été comme ça, tu ne peux pas trop parler. Du coup effectivement je me libère un peu avec mon copain. » (44)

10. L'interne peut-il parler de son ressenti et avec qui?

Les internes ont rarement pu parler librement de leur ressenti. Les moments au cours desquels les seniors viennent s'en enquérir sont peu nombreux mais appréciés des internes. Toutefois, même lorsque cette main leur est tendue, ils sont parfois gênés et n'osent pas s'étendre sur leurs sentiments personnels avec leur chef. Ils sont plus à l'aise pour en parler avec leurs co-internes ou leurs proches.

«Mais dire : "Là, j'ai fait n'importe quoi, je ne me sens pas bien." Parler profondément de ce qu'il y a au fond de soi, ce n'est pas évident devant un inconnu qu'est le chef. Même s'il est très à l'écoute, les vrais sentiments, je pense que c'est que avec les vrais amis, le copain, la famille... Ce n'est pas facile avec un "étranger". » (39)

Dans le récit 20, l'interne aborde spontanément son ressenti avec son maître de stage, qui ne s'attarde pas sur les sentiments décrits et se concentre davantage sur les faits.

« quand mon maître de stage était rentré, je lui avais raconté. Et j'étais hyper énervée, je suis assez orgueilleuse, je n'aime pas me tromper et le fait qu'on me le dise déjà ça m'a énervée. [...] elle m'a dit : "Bof non, ta prescription était valable tout de même, tu pouvais défendre ton bout de gras si tu le voulais » (20)

Dans le récit 7, l'interne évoque son ressenti lors d'un échange conflictuel avec les autres soignants. C'est comme un cri de colère et l'interne n'obtient pas de réelle discussion en retour :

« Moi, les noms je m'en foutais, je ne les connais pas et je ne les ai jamais cherchés. Je voulais juste qu'on en discute de façon posée. Comme je lui ai dit : "Vous, vous vous en foutez mais moi ça m'empêche de dormir." [...] Il y a eu un gros blanc. Puis que j'en verrai d'autres. » (7)

C'est donc avec les co-internes et quelquefois avec son entourage personnel que l'interne aborde le plus facilement son ressenti :

« On en a parlé entre nous [les co-internes, NdA], et moi du coup j'en ai parlé à mes proches un peu [...]Après j'en ai parlé plus à mes co-internes » (46)

« Et j'en ai parlé aux autres internes, [...] On a discuté un peu, il y en a d'autres qui avaient fait des erreurs. [...] Une qui [...] n'était pas bien, pareil. » (27)

11. Parler de l'erreur d'un tiers

Lorsque que les internes racontent l'erreur d'un confrère, nous observons que, là aussi, la communication est difficile. Bien que la gêne soit différente de celle ressentie lors de sa propre erreur, l'interne narrateur est mal à l'aise et ne sait pas comment aborder le sujet avec son confrère. Lorsque les échanges ont lieu, l'empathie retrouvée dans les discours est déterminée par l'attitude du confrère concerné, par la façon dont il gère son erreur.

11.1. Des difficultés à aborder l'erreur d'un collègue

Lorsque un interne doit aborder l'erreur d'un collègue, il est toujours mal à l'aise et éprouve des difficultés à trouver la bonne façon de communiquer. Nous observons une volonté de ne pas être dans le jugement, de ne pas blesser le collègue. Les internes ne veulent pas que celui-ci se sente acculé.

Il existe également un transfert : l'interne s'identifie à son collègue et lui attribue des sentiments qu'il aurait pu ressentir personnellement.

Cette volonté de ne pas brusquer et la difficulté à trouver les mots peuvent être des freins à une discussion constructive et ouverte.

« moi j'étais allée les voir [les IDE, NdA] en disant : "Je suis désolée, c'est peut-être moi qui me suis mal exprimée." Pour, peut-être, ouvrir un petit dialogue mais non [...] je ne voulais pas dire : "C'est toi ou toi ?" [...] j'avais l'impression de marcher sur des œufs, je n'avais pas envie de rentrer en conflit mais en même temps, ma première réaction, j'étais très énervée et je me disais : "Mais qui lui a donné ses affaires !" Du coup j'ai dû le répéter quelques fois parce que j'étais assez énervée, c'est pour ça qu'après je suis allée leur dire qu'on avait peut-être dû mal se comprendre. Mais ça a pu être assez agressif pour elles au début. Je pense que c'était moins facile du coup pour la personne qui lui avait donné ses affaires de venir me dire : "C'est moi." Ce qui est dommage. »(26)

« je pense que je n'ai pas insisté parce que ayant déjà fait une connerie, bon, peut-être pas du même genre... Mais quand j'étais externe, je m'en suis tellement voulu que je me suis dit qu'en tant qu'interne ce n'était peut-être pas la peine d'en rajouter. Alors qu'en fait, je pense que si, parce que je crois qu'il n'avait pas entièrement pris conscience de ce qu'il avait fait. Je n'ai peut-être pas réagi comme il aurait fallu avec cet externe-là, et je me demande si je ne me suis pas dit que de toute façon ça continuera à lui passer au-dessus de la tête. [...] je me demande encore un peu comment j'aurais dû réagir. Est-ce que j'aurais dû être plus virulente ? Un peu comme dans ton histoire... Est-ce que j'aurais dû beaucoup l'engueuler et revenir m'excuser le lendemain ? [...] Je me dis qu'il faut faire prendre conscience des erreurs aux gens, mais les traumatiser ça n'a pas forcément un impact, un bon impact. » (10).

11.2. De l'empathie envers son collègue

Lorsque le dialogue est initié par le collègue, la communication est plus aisée. La discussion porte alors davantage sur les émotions ressenties que sur la question de la responsabilité. Dans ce cas, l'interne fait preuve d'empathie et partage le mal-être de son collègue.

« avec la chef j'en ai beaucoup parlé [...] elle était effondrée. Elle s'est dit : "Je suis passée à côté d'une appendicite, il a quand même fait la péritonite. » (29)

« Mon prat' m'a dit que finalement grâce à moi, il avait... Il n'avait pas remis la prescription du cardiologue en question de lui-même. C'est moi qui lui avais fait faire tilt. [...] je lui ai fait relire ma trace et pour lui ça a été un peu dur. Il m'a dit : "C'est le début du stage, et je me prends ça dans les dents. Du coup, c'est un peu dur." Je me sentais un peu mal pour lui. » (4)

« Je pense qu'elle a dû se sentir mal donc je me sentais mal aussi pour elle, parce qu'elles sont jeunes en plus. [...] C'est-à-dire que je me suis mise à la place de l'infirmière, parce que déjà moi je suis tellement flippée des erreurs médicales, des fugues... Je me suis dit : "La pauvre, elle vient d'arriver..." Je ne voulais pas la dégouter de quoi que ce soit. » (26)

11.3. Une absence d'empathie en cas de non-responsabilisation du confrère

L'empathie envers le collègue responsable de l'erreur n'est pas systématique. Les internes peuvent avoir un jugement très dur envers un collègue qui fuit ses responsabilités ou lorsque l'erreur est due à un manque de conscience professionnelle. On pourrait parler ici de la notion de « faute » que nous avons défini précédemment.

Cela s'observe dans le récit 36 dans lequel un confrère alcoologue a administré une dose létale d'Hypnovel® à un patient et fuit toute discussion avec l'équipe. Dans le récit 35, l'interne de garde, qui a refusé de se déplacer auprès d'une malade dont l'état de santé s'aggravait, falsifie ensuite le dossier de la patiente décédée.

« Il a été pris en entretien, mais cet interne c'était un "fils de" ... On va dire. Donc il a été très très protégé depuis le début du stage. Il avait fait plusieurs erreurs durant son stage, et à chaque fois... [...] il y a même eu certaines gardes, après, où le chef ne le laissait pas voir les patients. L'interne allait dormir du coup et le chef faisait sa garde seul. [...] nous quand on est internes, on est tout seuls en fait, alors que lui il est payé et il dort ! » (35)

12. L'information du patient

Bien que cela ne concerne pas spécifiquement les échanges entre soignants, il est intéressant d'observer les situations d'annonce au patient présentes dans de nombreux récits.

12.1. L'annonce de l'erreur au patient

On observe que la majorité des annonces sont faites à plusieurs, en équipe, ou bien prises en charge par le senior.

« On [le maître de stage et l'interne, NdA] l'a rappelé le lendemain pour lui expliquer. » (4)

« On a attendu que sa rhumatologue vienne avec une autre rhumatologue, ils l'ont prise à part, et lui ont expliqué qu'on allait la surveiller vingt-quatre heures. » (34)

« Donc, au final, la chef a appelé la patiente en lui disant qu'elle était désolée, que si elle voulait porter plainte elle comprendrait mais que c'est une erreur qui arrive. » (40)

« C'est lui qui a dit : "Voilà, on a fait une erreur." Il a très bien expliqué [...] Il a dit : "Il y a eu une erreur de notre part, le traitement qu'on vous a donné était destiné à votre voisine mais il n'y a aucun impact parce que vous recevez des bolus d'un gramme alors qu'on vous a donné un milligramme donc c'est une goutte d'eau dans un vase.» (46)

Dans d'autres cas, plus rares, l'interne parle seul de son erreur au patient. Cela concerne des erreurs quasiment sans conséquence. L'interne procède seul à l'annonce soit parce que la situation se présente ainsi naturellement et que l'interne ne ressent pas le besoin d'être accompagné, soit parce que le senior encadrant laisse volontairement l'interne, pourtant très mal-à-l'aise, se débrouiller seul, comme dans le récit 22.

« j'appelle [pour informer la patiente de son erreur, NdA] , sauf que le numéro était celui du papa. Je tombe sur le répondeur en disant qu'il n'y a pas d'urgence et de venir chercher l'ordonnance demain. »(3)

« Le patient, je lui ai dit tout de suite qu'il ne pouvait pas l'avoir [la fibroscopie, NdA] et que ça rallongerait un peu sa prise en charge. » (8)

« j'ai vraiment passé beaucoup de temps avec eux, au moins une heure par jour, je leur parlais. Je disais que "ON ne savait pas... que ce n'était pas une erreur mais que c'était difficile. » (17)

« le mari de la femme se retrouve devant la porte, en train de se demander ce qu'il se passe. La réanimatrice me dit : "Tiens, pendant que tu es là, tu vas en profiter pour aller lui parler." Je me retrouve face à ce monsieur de 83 ans qui se retrouve à m'expliquer que depuis quelques mois, sa femme ça ne va pas du tout etc. Qui se met à pleurer... Donc je me retrouve devant un dossier que je ne connais pas du tout pour lui expliquer la situation. Moi-même, je suis assez secoué parce que je me dis que j'ai fait ma première boulette, et je me

dis : "Si ça se trouve, si elle se retrouve dans le coma, si elle décède dans la journée ça sera de ma faute." Et je me retrouve à parler avec son mari pour lui dire qu'il s'est passé ça... Je lui explique franchement, mais dans des termes que j'ai essayé de mesurer, qu'on lui a donné une dose un petit peu forte d'antiépileptique et qu'elle risque de dormir cet après-midi, que ça la soulagerait mais qu'il fallait s'attendre à ce qu'elle dorme. » (22)

Nous n'avons pas retrouvé d'annonce au patient portant sur une erreur aux conséquences graves. Dans les récits relatant des conséquences sérieuses, l'annonce au patient n'est pas du tout rapportée et ne semble pas avoir eu lieu... Toutefois, l'annonce d'un dommage au patient n'étant pas le sujet de notre étude nous n'avons pas approfondi cette partie lors des entretiens.

12.2. Lorsque l'annonce au patient ou à sa famille est évitée

On observe parfois, en l'absence de conséquence grave, que l'équipe médicale préfère éviter d'expliquer l'erreur au patient et éluder l'incident.

« on n'en a pas vraiment parlé avec la patiente ou avec sa famille » (10)

« au début, on n'a rien dit à la patiente, tous les chefs disaient : "Non, on ne dit rien à la patiente, on la surveille juste." (34)

Dans le récit 36, c'est bien au-delà de l'omission : les seniors s'accordent pour mentir à la famille et prétendre à une erreur technique d'une jeune infirmière. Le but est alors de couvrir le confrère alcoologue qui a administré la dose létale d'Hypnovel®.

« Bon, bah on va dire que c'est une erreur de l'infirmière. Ça ne te dérange pas Machin truc ?" [...] C'était une petite erreur, un surdosage, il était trop faible, voilà. C'est tout. Et de toute façon, comme ça, il n'a pas souffert." C'est comme ça que ça a été présenté à la famille. » (36)

12.3. Les réactions des patients

12.3.1. Des patients compréhensifs

Suite à l'annonce de l'erreur dont ils sont victimes, certains patients sont compréhensifs voire bienveillants. Le patient peut apprécier l'attention qui lui est portée lorsque son médecin le rappelle pour modifier une prescription, il peut être empathique envers l'interne qui a été malmenée par la pharmacienne ou simplement reconnaître les désagréments causés par l'oubli de l'interne sans faire davantage de reproches.

Notons que dans ces récits, il n'y a pas de conséquence grave pour le patient.

« Il a accepté très bien, il était content qu'on s'occupe de lui, il ne nous en a pas voulu de changer d'avis. Lui, il trouvait ça bien qu'on s'intéresse à lui, qu'on fasse le point sur ce qui était mieux pour lui. » (4)

« Il m'a dit quelques fois qu'il serait resté moins longtemps à l'hôpital s'il n'y avait pas eu ça, mais sans plus. » (8)

« Bah dis donc [...] Vous ne devriez pas vous laissez marcher sur les pieds par la pharmacienne » (20)

« Ils [l'entourage du patient, NdA] étaient super compréhensifs. » (24)

Dans le récit 7 – où l'issue est bien plus grave et dans lequel le patient décède – la famille exprime même sa reconnaissance à l'interne qui ne se sent pas légitime pour la recevoir.

« ils sont venus me voir après parce qu'ils ont demandé à me voir quelques jours après, en me disant qu'ils voulaient me remercier parce qu'ils avaient vu que j'avais fait tout ce que je pouvais. Je ne pouvais pas leur dire : "En fait, non, on a été nuls. » (7)

12.3.2. Des échanges difficiles

Lorsqu'un patient apprend qu'il a été victime d'une erreur, ou bien lorsqu'il estime de lui-même qu'une erreur est survenue, les relations avec les soignants peuvent se dégrader fortement et plusieurs réactions sont observées.

♦ Un mécontentement manifeste

L'interne doit parfois faire face à un patient qui manifeste ouvertement son mécontentement. C'est une réaction que l'on peut considérer être légitime.

« eux ils se sont dit que c'était inadmissible. La mère a demandé à ce que dans le compte-rendu il y ait noté ce petit aléa [...] Elles [la patiente et sa mère, NdA] n'étaient pas très contentes d'être victimes d'une erreur médicale. Après elles étaient rassurées parce qu'elles se sont rendu compte qu'il n'y avait pas de préjudice. Elles n'étaient pas contentes même si ça ne changeait rien. » (46)

La réaction est parfois disproportionnée par rapport à la situation médicale, notamment lorsque le patient est convaincu que l'interne est fautif alors que l'absence de diagnostic relève davantage des difficultés inhérentes à la médecine que d'un manque de compétence (29,39). Nous ne retrouvons aucun récit où les difficultés de l'art médical sont abordées avec les patients.

« elle n'était pas très contente. Quand elle est venue chercher l'ordonnance, elle m'a pris l'ordonnance des mains et elle s'est barrée. » (3)

« La mère voulait organiser une rencontre avec les médecins pour, dans son courrier elle disait : "Pour un peu nous apprendre le métier et pour qu'on ne reproduise pas l'erreur » (29)

« Oui, c'est inadmissible ! Vous êtes une incompétente ! Vous avez fait n'importe quoi quand on s'est vues ! [...] Le ton montait [...] Ça ne va pas se passer comme ça ! C'est n'importe quoi, de toute façon je ne veux plus vous voir ! [...] je vais en parler à vos supérieurs [...] Partez ! Je ne veux plus vous voir ! » (39)

◆ Des patients agressifs

Au-delà de l'expression d'un mécontentement, l'interne peut être confronté à l'agressivité du patient. Notons que ce ne sont pas dans les cas d'erreurs les plus graves que les patients sont les plus virulents.

Là aussi, nous retrouvons souvent un patient ne concevant pas qu'un diagnostic puisse être difficile à faire et considérant la médecine comme une science exacte.

L'agressivité peut être verbale ou physique, avec des menaces clairement formulées.

« Il n'était pas content donc il a commencé à crier dans le couloir qu'il avait été reçu par un médecin de merde. [...] en parlant à tous mes patients qui étaient à côté [...] je n'ai pas eu l'occasion de revenir le voir pour en discuter parce qu'il y avait sa famille et je pense qu'ils m'attendaient tous à la sortie des urgences [...] Il a plusieurs fois menacé de revenir me voir après » (11)

« Avec une famille très très remontée : "Qu'est-ce que c'est que cette histoire ?", etc. Alors que toute la semaine à chaque fois que je les voyais ils me hurlaient dessus, je prenais vachement de temps, toujours, mais ils me hurlaient dessus. [...] Je me suis faite engueulée tous les jours, constamment. » (17)

« il me dit : "Non mais je sais qu'il faut des antibiotiques [...] donne des antibiotiques, c'est une bronchite, c'est une crise d'asthme." [...] Là on s'est vraiment engueulés, avec des menaces : "C'est inadmissible, s'il arrive quelque chose de grave vous allez voir je vais me plaindre !" [...] violent verbalement et aussi physiquement, il s'approchait du bureau. » (21)

« le patient qui me gueule dessus pendant un quart d'heure pour me dire qu'il veut mon nom, mes coordonnées, qu'il va prévenir mon chef, que j'ai fait une énorme erreur » (23)

« le père arrive et défonce ma porte. [...] : "Vous êtes une pute, vous ne m'avez rien dit. Ma fille, ils vont me prendre ma fille." [...] je me faisais insultée de tous les noms. [...] Il était à deux doigts de frapper tout le monde. » (33)

◆ Une réponse judiciaire

La réaction du patient ou de son entourage peut prendre une tournure judiciaire. Cela peut se limiter à une menace de plainte, ou aller jusqu'à entreprendre une poursuite judiciaire concrète :

« Eux étaient très énervés, d'ailleurs ils ont commencé un procès. » (17)

« la mère a été révoltée contre nous. Elle a porté plainte contre l'hôpital. » (29)

« elle avait dit qu'elle voulait porter plainte. Elle a dit qu'elle ne voulait plus jamais revenir dans cet hôpital. » (34)

« La famille a porté plainte. C'est pour ça qu'on a revu tout le dossier. Ce qu'avait marqué l'infirmier... C'était sur une feuille de transmissions, le chef de service l'a remis sur le logiciel. » (35)

« C'est n'importe quoi ! Moi je vais porter plainte ! Ca ne va pas se passer comme ça ! » (39)

D. Le ressenti des internes

Lors des entretiens, les internes ont pu exprimer leurs ressentis. Certains s'exprimaient spontanément, d'autres grâce à nos questions. Nous avons donc analysé les sentiments nommés par les internes, mais également ceux qui n'étaient pas clairement cités mais que nous pouvions identifier à travers leurs mots.

1. Les sentiments ressentis par les internes confrontés à une erreur médicale avérée ou supposée

Les mots des internes traduisent un mal-être parfois très fort :

« j'étais mal toute ma garde. J'ai vomi après la réanimation, j'étais vraiment très mal » (7) ; « c'était une horreur » (12) ; « Je n'étais vraiment vraiment pas bien » (14) ; « je me suis sentie très mal à l'aise toute la semaine, je ne sais pas si je me suis trompée, peut-être... » (17) ; « Ca m'avait chamboulée » (21) ; « Je me retrouve vraiment mal, je n'étais pas bien du tout » (22) ; « Moi j'étais trop mal » (33) « C'est vrai que je n'étais vraiment pas bien [...] Ma première erreur qui m'a bouleversée » (46)

Ce mal-être peut prendre la forme de différents sentiments décrits ci-dessous.

1.1. La culpabilité

La culpabilité est le sentiment le plus fréquemment décrit par les internes, on le retrouve dans deux tiers des récits :

« je lui avais dit que je pensais qu'il était un peu psy et c'est ridicule d'avoir dit ça parce qu'il n'avait pas du tout d'antécédent psy. C'était tellement bête. » (2)
« je m'en suis vachement voulu sur les deux heures de retard. » (13)
« là déjà j'étais... Qu'est-ce que j'ai fait comme connerie... » (15)
« C'était plus culpabilisant vis-à-vis des gens, de soi... de se dire j'ai raté. » (32)
« Je me disais : j'ai ruiné leur famille, ils ne vont jamais récupérer leur fille. » (33)
« je me sentais coupable » (44)
« je suis assez secoué parce que je me dis j'ai fait ma première boulette, et je me dis: "Si ça se trouve, si elle se retrouve dans le coma, si elle décède dans la journée ça sera de ma faute. » (22)

Ce sentiment peut parfois persister longtemps :

« Je m'en veux encore de m'être trompé... [...] je m'en veux toujours. » (16)
Nous approfondirons cela ultérieurement, en étudiant la persistance des sentiments négatifs.

Il est intéressant d'observer que la survenue de conséquences néfastes pour le patient ne semble pas être un facteur déterminant pour que l'interne ressente un sentiment de culpabilité. Dans les récits suivants, il n'y a eu absolument aucune conséquence pour le patient :

« je me suis dit qu'elle aurait vraiment pu se taper l'arrêt cardiaque à cause de moi. » (5)

« J'ai fait une grosse grosse erreur dans mon expérience d'interne [...] Je me sentais fautive [...] Je suis quand même entièrement responsable » (12)

« Ce qui m'a vraiment marquée, c'est que déjà je m'en voulais. Même s'il n'y a aucun préjudice, tu te dis quand même : " Merde, j'ai quand même fait la faute. » (46)

Le décès inexpliqué d'un patient implique un questionnement de l'interne qui se considère responsable, même si la prise en charge du patient ne montre pas de défaillance. C'est le cas dans le récit 17, dans lequel un patient meurt des suites d'une pancytopenie avant qu'un diagnostic étiologique n'ait pu être posé.

« tu as tout bien fait, tu n'as rien à te reprocher. » Mais même s'il m'a dit ça, je me reproche quand même quelque chose. » (17)

On retrouve ce sentiment dans le récit 41 également : l'interne se considère automatiquement responsable du décès du patient, alors qu'il semble être dû à un trouble du rythme cardiaque, imprévisible chez ce patient très âgé.

« j'ai regardé dans son dossier, voir si je n'avais pas raté un antécédent cardiaque ou quelque chose. [...] j'étais en flippe. Je me demandais ce que j'avais raté. Pour moi c'était forcément de ma faute à un moment. [...] j'étais décomposée de toute façon. Je me disais que c'était de ma faute » (41)

Dans le récit 45, l'interne culpabilise après le décès d'une patiente très âgée, malgré la prise en charge conjointe avec le senior, qui lui explique que son état correspond à ce que l'on peut attendre d'une personne en fin de vie.

On voit dans les récits 17 et 45 que les explications des seniors ne permettent pas d'apaiser cette culpabilité.

Parfois, l'agressivité et les accusations du patient participent à cette culpabilité, comme dans le récit 39 où l'interne subit la colère d'une patiente qu'elle avait vue pour des cervicalgies et qui a présenté plus tard une compression médullaire.

Dans le récit 23, l'interne qui n'a pas prescrit le traitement habituel d'un patient de passage aux urgences, se voit agressée par celui-ci. Bien que le terme d'erreur soit très discutable ici et qu'il n'y ait absolument aucun dommage pour le patient, l'interne se retrouve dans un état de culpabilité extrême, totalement disproportionné par rapport à la situation réelle :

« Moi je sors, je suis effondrée. Je me dis : "Merde, j'ai fait une énorme connerie, c'est horrible. » (23)

La culpabilité est également présente lorsque l'ensemble de l'équipe est impliquée comme dans les récits 6 et 37 dans lesquels l'incident est survenu à cause d'un enchaînement d'erreurs et de filtres inefficaces dont l'interne fait partie.

« le patient [...] qui était en train de pourrir son cœur depuis plusieurs heures ! [...] C'est nous qui nous sommes trompés. On aurait dû le voir qu'il manquait une partie de l'ECG [...] Mais l'erreur quoi ! Qu'on a faite ! » (6)

« Bah on s'en est tous voulu de ne pas avoir mis de TP. Tous, chacun notre tour... » (37)

La culpabilité se retrouve également quand la prise en charge d'un patient est défaillante malgré les appels à l'aide de l'interne. On l'observe dans les récits 7 et 42, concernant respectivement la prise en charge d'un arrêt cardio-respiratoire et d'un état de choc, au cours desquels l'interne juge inadaptée la prise en charge du patient par l'équipe médicale. Le décès du patient conduit l'interne à se sentir responsable de cette issue fatale, alors même que les autres intervenants ne semblent pas s'en émouvoir.

« j'ai dit au chef de service : "C'est peut-être une question naïve mais à quoi ça sert d'injecter de l'adré quand on n'a pas de défibrillateur ?" Et il m'a répondu : "Tu n'avais qu'à faire un ECG. Si tu voulais voir le rythme." [...] je lui ai dit : "Vous, vous vous en foutez mais moi ça m'empêche de dormir." [...] Il y a eu un gros blanc. Puis que j'en verrai d'autre. » (7)

La culpabilité est présente aussi, lorsque l'erreur est celle d'un confrère.

Soit parce que le confrère en question est un externe ou une étudiante IDE (comme dans les récits 10 et 26). L'interne considère alors qu'il a un devoir d'encadrement envers eux :

Dr Galam : « Donc vous vous êtes sentie responsable ? »
« Partiellement. [...] je n'avais pas géré donc je sais qu'il y avait aussi une petite partie de ma faute aussi. » (10)

Soit parce que l'erreur du collègue est si grave que l'interne se reproche de ne pas être intervenu :

« Parce qu'on n'avait rien fait, on n'a pas dit stop. On l'a vu pousser [la seringue d'Hypnovel®, NdA] et on n'a rien fait. [...] il y avait beaucoup de culpabilité. » (36)

Enfin, la culpabilité ressentie peut-être liée à l'attitude d'un collègue comme dans le récit 38 où le senior accuse l'interne d'être responsable de l'évolution défavorable du patient. Elle lui reproche de ne pas avoir prescrit d'antibiotiques au patient neutropénique fébrile alors que c'est elle qui lui avait dit de ne pas le faire, pensant qu'un autre médecin s'en chargerait.

De même, dans le récit 28, l'interne de gynécologie demande à l'interne narrateur de mentir sur son examen clinique et de ne pas inscrire dans le dossier qu'elle a effectué un TV sur la patiente présentant un placenta praevia. Ici, l'interne culpabilise alors d'avoir menti.

« Mais moi je n'étais pas bien du tout, je me disais que je venais de mentir. La patiente elle n'est pas bête elle sait que je lui ai fait un TV ! » (28)

Il est alors intéressant de se demander quels sont les récits au cours desquels la culpabilité n'est pas évoquée par l'interne et pourquoi. Dans les récits 4, 29, 30, 31, 34, 35, l'erreur est celle d'un tiers. Dans la majorité d'entre elles, l'interne narrateur n'est pas du tout impliqué dans la situation. Ce sont des événements rapportés.

Dans le récit 4 et 9, c'est l'interne qui signale l'erreur à son senior. Il ne ressent donc aucune culpabilité et est même valorisé par ce dernier.

« on m'a un peu valorisée en me disant que c'était grâce à moi qu'on avait fait ce qu'il fallait donc je n'ai pas trop souffert du truc. » (4)

Dans les récits 11, 14, 20, 21, 24, 25, l'erreur est celle de l'interne narrateur. Mais dans la plupart de ces récits (14, 20, 21, 24, 25), il n'y a pas d'erreur ou un oubli sans conséquence. Dans le récit 11, l'interne n'a pas fait le diagnostic d'une appendicite qui évolue en abcès. Il ne décrit pas de culpabilité, mais d'autres sentiments négatifs que nous verrons ci-dessous.

1.2. Les ruminations

Le fait de ressasser son erreur est le second sentiment qui revient le plus souvent dans les récits (12 récits). Là aussi, cette attitude s'observe dans des situations impliquant l'interne, l'équipe ou un autre collègue. Elle n'est pas proportionnelle à la gravité de la situation. L'interne peut en souffrir plusieurs jours voire des semaines ou des mois après.

« C'était un mercredi, le jeudi ça n'allait pas, je n'ai pas dormi non plus la nuit du jeudi au vendredi » (7)

« Il m'a fallu quand même quelque temps avant de faire face à cette histoire, pendant quelque temps quand je venais aux urgences j'étais assez fermé, assez craintif de tout ce qui était douleur abdominale. » (11)

« je m'en suis voulue pendant plusieurs jours [...] Je me demandais comment j'allais me remettre au travail, la prochaine erreur... Ce que ça allait être ? » (12)

« Je m'en veux encore de m'être trompé... [...] je m'en veux toujours » (16)

« Mais sur le moment ça a été une des pires après-midi de ma vie. A se ressasser tout le temps « Est-ce que je l'ai tuée ? » (22)

« j'ai mis beaucoup de temps à régler cette histoire » (23)

Dans le récit 37, l'interne dit avoir essayé de passer à autre chose, mais ses propos traduisent des pensées encore envahissantes.

« Peut-être que j'aurais pu récupérer le compte-rendu de la RMM. Je ne sais pas peut-être que j'étais vexée mais je n'ai pas... Je suis un peu... J'ai essayé de passer à autre chose. Alors que j'aurais dû essayer de récupérer le compte-rendu. Parfois j'y pense... A récupérer le compte-rendu. Mais... » (37)

1.3. La colère

La colère est aussi un des sentiments les plus fréquents. On l'observe dans 10 récits. Elle peut avoir des causes différentes.

La colère peut-être due tout simplement au fait d'avoir commis une erreur.

« Plus énervée par le fait de me dire : "Punaise, je me suis trompée !" » (46)

« Enervée... D'être passée à côté de la consultation des gamins » (21)

« j'étais hyper énervée, je suis assez orgueilleuse, je n'aime pas me tromper et le fait qu'on me le dise, déjà, ça m'a énervée » (20)

Elle peut être liée à la façon dont les reproches vont être faits à l'interne.

Comme dans l'erreur 20, où l'interne est d'abord en colère d'avoir commis une faute. Ensuite, sa colère se dirige vers la pharmacienne qui l'a agressée verbalement.

« Au tout début, j'étais en colère contre moi. Je me disais : "Je me suis trompée, ce n'est pas bien." Après j'étais toujours en colère mais je me disais plutôt : "Mais cette pharmacienne quelle connasse !" » (20)

« Mais alors pourquoi on nous prend de haut ? Pourquoi on ne veut pas nous comprendre ? Pourquoi on ne nous laisse pas le temps de nous expliquer ? J'en ai eu marre de me faire engueuler comme ça. Mais non ! On est aux urgences, ce n'est pas leur problème, on te demande juste pourquoi tu traînes. » (19)

« j'étais un peu... enfin, super énervée. Parce que ma PH qui était là, avec qui j'étais et avec qui j'ai discuté m'a dit : "Ah non c'est de ta faute." Donc j'étais vraiment... Elle n'a pas dit que c'était QUE de ma faute. Mais j'étais très gênée et très en colère parce que j'avais demandé de l'aide et on ne m'avait pas écoutée. » (38)

La colère s'observe lorsque l'erreur est due aux dysfonctionnements d'une équipe.

« J'étais hyper remontée [...] je suis revenue dans mon service en disant : "Moi j'en ai marre de travailler avec des nuls !" » (7)

« mais en même temps, ma première réaction, j'étais très énervée et je me disais : "Mais qui lui a donné ses affaires !" » (26)

Dans le récit 42, l'interne est très en colère contre sa chef qui ne l'a pas aidé à prendre en charge le patient en état de choc alors qu'elle l'avait appelée à l'aide à plusieurs reprises.

« J'avais envie de la tuer ! » (42)

Enfin dans le récit 39, la colère de l'interne est déclenchée par l'agressivité de sa patiente.

« je commençais à sortir de mes gons, ce que je ne fais pas habituellement. » (39)

1.4. La peur

La peur est un sentiment qui apparaît dans 9 récits. On observe différentes sources.

La peur des conséquences pour le patient, comme dans les récits 5 et 22.

« je me dis : "Si ça se trouve, si elle se retrouve dans le coma, si elle décède dans la journée ça sera de ma faute » (22)

La peur d'être responsable d'une erreur et du décès d'un patient comme dans les récits 41 et 17 :

« j'étais en flippe » (41) ; « J'ai eu peur » (17)

La peur causée par les menaces du patient.

*Dr Galam : « Est-ce que vous avez eu peur du patient ? »
« Sachant qu'il était militaire, 34 ans, particulièrement musclé oui [...] Le moment où c'est passé, c'est quand il est sorti de l'hôpital. » (11)*

La peur de poursuites judiciaires comme dans les récits 23 et 39.

« Moi j'avais peur de la plainte ! Savoir jusqu'où ça pouvait aller [...] je ne savais pas, j'avais peur, je me disais que je ne pourrais plus faire de la médecine, que c'était une catastrophe » (23)

ça pouvait être grave, qu'elle allait porter plainte, j'imaginais les conséquences [...] Mais j'avais peur qu'il y ait des poursuites. » (39)

1.5. La gêne et la honte

Des sentiments pouvant aller de la gêne à la honte se retrouvent dans 9 récits.

« je me suis senti un peu con » (8)

*Investigatrice : « Tu t'es sentie un peu honteuse ? »
« Ah oui, mais même pas un peu ! Beaucoup ! [...] j'avais juste envie de disparaître dix mètres sous terre » (14)*

Dans le récit 10, l'interne est gênée alors que c'est son externe qui est impliqué.

« j'étais un peu embêtée » (10)

C'est parfois le fait de devoir faire face au regard de son équipe qui engendre ce sentiment.

« Oui mais bon c'est gênant, c'est assez gênant vis-à-vis de l'équipe. » (32)

Ce sentiment peut freiner l'interne dans son désir de prendre des nouvelles du patient, comme si le fait de ne pas en parler allait permettre de diminuer sa gêne.

« après je n'ai pas rappelé parce que je n'étais pas très bien avec cette histoire. » (13)

1.6. La solitude, l'isolement

Nous avons vu dans l'analyse des échanges que certains seniors laissent leurs internes gérer seuls des situations trop lourdes pour leur qualité de jeunes médecins en formation. Ceci engendre chez l'interne un sentiment de solitude et d'isolement.

« elle ne se rendait pas compte ! J'étais toute seule, elle n'en avait rien à foutre quoi. [...] Ma chef n'en a rien à foutre, le cardiologue pareil, il est dans ses consultations ! » (42)

« j'ai été un peu désarçonnée, c'est quand j'ai fait mes premières gardes d'urgences [...] tu as des reproches de ne pas avoir fait ça ou ci. Alors que tu étais un peu seule. » (46)

« Mais j'étais vraiment mal sur le moment quoi, et mon chef qui s'en foutait complètement [...] J'essayais de me calmer toute seule » (6)

L'absence d'implication de l'interne dans le débriefing d'une situation d'erreur engendre également ce sentiment.

« Moi je n'ai jamais eu de personnes ou presque qui soit disponible pour ça, pour parler des erreurs ou de mon vécu de certaines situations. » (29)

« C'était un peu dur parce que du coup de A à Z c'est comme si je n'avais pas existé. » (37)

1.7. L'autocritique

Le regard critique de l'interne envers lui-même est étroitement lié au sentiment de culpabilité. Nous pouvons identifier des reproches que l'interne se fait, parfois avec sévérité.

« je lui avais dit que je pensais qu'il était un peu psy et c'est ridicule d'avoir dit ça parce qu'il avait pas du tout d'antécédent psy. C'était tellement bête. » (2)

« J'étais en 6^e semestre donc c'est des erreurs que je ne suis pas censée faire. » (5)

« Ce qui est embêtant c'est qu'elle est décédée très rapidement et la famille n'est pas arrivée à temps. Elle était sédaturée... Ca c'est... Il n'y a pas eu de dernier moment. Ca a été trop rapide, c'est un des reproches que je me fais. » (16)

Cette autocritique s'observe également dans les deux récits où l'erreur est due à l'externe ou à l'étudiante IDE. Du fait de son « statut hiérarchique », l'interne se sent responsable et remet en cause sa propre façon de communiquer.

« je n'ai pas su gérer cette situation » (10)

« je me suis dit que j'avais mal communiqué avec la jeune infirmière » (26)

1.8. L'échec

Les propos des internes traduisent un sentiment d'échec. L'interne se sent alors incompetent, dépassé. Ce sentiment survient lorsque l'interne doit assumer un rôle d'infirmier pour lequel il n'est pas formé (27), mais aussi dans des situations moins pesantes lorsqu'il n'a pas de réponse à apporter à son patient (25) :

« Donc moi tous les jours, j'avais l'impression de me tromper tout le temps parce que je n'étais pas sûre de moi. » (17)

« je me suis sentie complètement incompetente, donc ce n'est pas une véritable erreur mais je n'étais pas à l'aise. » (25)

« je ramais. Je ne savais pas bref » (27)

1.9. La perte d'estime de soi

Les mots des internes expriment parfois un sentiment de dévalorisation profonde. Il n'est pas lié à la gravité de l'erreur. Il peut même survenir en l'absence d'erreur, nous observons alors que l'agressivité d'un tiers accusateur y est pour beaucoup (19, 20).

« moi j'étais rentrée en me disant que c'était fini, que la fin de stage était foutue, que j'étais nulle. » (12)

« dans ces moment-là, on se sent nulle quoi ! » (32)

« je me sentais une sous-merde » (33)

« Elle [le senior, NdA] aurait pu nous faire des remarques, discrètement pour nous expliquer mais non il fallait qu'il y ait tout le monde, les infirmières... Notre estime en prend un coup, il y a une perte de confiance systématiquement et je leur en voulais. » (19)

« Je n'ai même pas cherché à me justifier parce qu'à partir du moment où le pharmacien me disait que je m'étais trompée, je pensais que je m'étais trompée. Je me suis dit qu'il devait avoir raison, je n'ai pas pris le temps de réfléchir à ma prescription. » (20)

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la confiance de l'interne en ses capacités ne se renforce pas forcément avec le temps. Le poids des responsabilités et les exigences à son égard peuvent altérer sa confiance en lui.

« Parce que là, nous, on arrive à la fin du cursus et je me dis que c'est peut-être pas normal que je ne sache pas. Et j'ai l'impression que plus ça va et plus j'ai une confiance qui pfff... » (35)

1.10. Le doute

Parfois, l'aggravation de l'état de santé du patient conduit l'interne à douter, même en l'absence d'erreur avérée (45).

« Ah oui, bah j'ai aussi un peu refile le bébé à l'interne de garde. [...]. Enfin je me suis posé des questions : "Qu'est-ce que je lui ai dit quand je lui ai transmis ? Qu'est-ce que j'aurais dû lui dire ?" Mais elle ne m'inquiétait pas. Donc je ne l'ai pas inquiété. » (37)

« Finalement je me pose des questions, je me dis : "Est ce que je n'aurais pas dû réagir d'une autre façon ? Pousser un peu plus avec mon chef ?" Je m'en veux un peu. » (45)

L'attitude négative d'un tiers peut aggraver ces doutes (17, 39) et les propos rassurants d'un chef ne permettent pas toujours de les apaiser (17).

« J'ai vraiment l'impression d'avoir fait tout ce que je pouvais sur le plan médical et social. Mais le fait de me faire engueuler tout le temps, c'est quelque chose qui m'a fait douter encore plus. » (17)

« donc je me disais mais non ! Je ne me suis pas trompée. Mais si ça se trouve je l'ai mal examinée, je suis peut-être passée à côté d'un signe que je n'ai pas vu. [...] j'étais très mal à l'aise parce que je ne savais pas si j'avais fait une erreur, j'essayais de réfléchir à si j'en avais fait une [...] l'ambiguïté entre "j'ai fait une erreur" et "non, je n'en ai pas fait » (39)

« Mais maintenant le doute reste, même si eux les hématos ont dit que non, qu'on avait fait les choses qu'il fallait, qu'il n'y avait pas d'autre chose à faire par rapport à ce que je leur avais dit. Enfin [...] enfin je ne sais pas, j'ai essayé de me battre pour qu'il soit transféré, peut-être que je ne me suis pas assez battue. [...] je ne sais pas si je me suis trompée, peut-être... [...] Mais maintenant le doute reste. » (17)

Dans le récit 39, l'interne considère que le doute persistant est plus difficile à vivre que la certitude d'avoir commis une erreur.

« Je pense que c'est presque plus dur parce qu'on ne sait pas. [...] on se dit : "Est-ce que j'ai bien fait ? Est-ce que je n'ai pas bien fait ? Je ne me souviens plus... Je n'ai peut-être pas bien noté... » (39)

Le doute s'observe principalement lorsque les conséquences de l'erreur sont graves ou qu'un décès n'a pu être empêché. Ces questionnements reflètent la difficulté pour les internes d'accepter leur impuissance. Il est extrêmement difficile pour eux, qui exercent avec la volonté de guérir, de ne pas réussir à éviter la mort d'un patient.

Même en l'absence d'erreur, lorsque la situation confronte l'interne aux limites de la médecine, celui-ci se sent systématiquement coupable et doute de sa prise en charge, sans savoir exactement ce qu'il aurait à se reprocher.

« Ce n'est pas possible il ne va pas mourir pour ça, y'a quelque chose... je suis passée à côté [...] j'ai vérifié dans le dossier... » (41)

1.11. La panique, l'angoisse

Plusieurs récits révèlent un sentiment de panique ou d'angoisse lors de la découverte de l'erreur.

« je ne savais plus quoi faire... J'étais totalement tétanisée, je me suis dit que j'aurais complètement pu tuer la patiente... » (5)

« sur le moment ça m'a mis en panique » (13)

« Je remonte en courant, je me dis : "Merde, j'ai fait une boulette." [...] Je commence à paniquer un petit peu » (22)

« Mais je suis une angoissée déjà à la base. Ce qui est difficile, hein. C'est fatigant. [...] j'étais tellement angoissée. » (46)

Ces sentiments s'observent lorsque l'interne estime que son équipe ne réagit pas comme il faudrait pour aider son patient. L'impuissance qu'il ressent et l'absence d'écoute de ses seniors aboutissent à ce sentiment de panique.

« On ne va pas le laisser comme ça, je ne vais pas le regarder mourir ! [...] Moi je suis trop en panique. » (42)

Les menaces judiciaires ont également un rôle.

« quand on a su qu'ils allaient porter plainte, faire un procès, je suis allée voir mon chef, j'étais paniquée, parce que je me disais : "C'est la catastrophe. » (17)

1.12. Les réactions physiques : pleurs et insomnies

Les réactions physiques telles que les pleurs et les insomnies sont présentes dans 5 récits. Ces réactions ne sont pas proportionnelles à la responsabilité de l'interne ou à la gravité des conséquences pour le patient.

Dans le récit 36, l'interne souffre d'insomnies alors que c'est son confrère alcoolique qui a entraîné la mort du patient.

Dans les récits 7, 33 et 42, c'est la prise en charge par l'équipe qui est en cause, mais l'interne se sentant impuissant a souffert de ces troubles.

« J'ai eu tellement peur que je me suis mise à pleurer » (5) ; « j'étais à la limite de pleurer [...] je suis rentrée chez moi en pleurant » (12) ; « j'étais à deux doigts de pleurer, parce que je me faisais insultée de tous les noms » (33) ; « j'ai encore pleuré » (42)

« je n'ai pas dormi » (7) ; (33), « pendant plusieurs jours, je n'ai pas dormi » (12) ; « je ne dormais pas » (36)

1.13. Le besoin de réfléchir aux mécanismes de l'erreur

Nombreux sont les internes qui tentent de réfléchir, seuls, *a posteriori* sur les causes de l'erreur. Certains, comme nous l'avons vu, peuvent ressasser des sentiments négatifs longtemps, mais ils peuvent également avoir une réflexion d'analyse. Le besoin de comprendre s'observe clairement à travers leurs mots.

« j'ai réfléchi, le cardio n'a jamais vu le patient. [...]. Notre responsabilité... Elle est à nous, elle n'est pas sur lui parce qu'il ne l'a pas vu en consultation [...] Il y a plein de facteurs de risques dans ce cas, il n'y a pas que le cardiologue, mais aussi le sentiment de décharge de la responsabilité médicale lors du travail en équipe. Je me suis un peu reposée sur lui... » (4)

« moi-même je pensais qu'on s'était tous trompés. Il était passé dans les mains de l'infirmier... On a tous vu l'ECG, on a tous fait la même erreur, c'était pour dire : "On est cons quoi !" [...] c'est nous qui voyons l'ECG et c'est nous qui disons si c'est normal ou pas. C'est nous qui l'interprétons au final l'ECG donc c'est notre faute à nous. » (6)

« Avec le recul je me dis qu'avant de partir en SMUR, j'en avais parlé au chef qui n'avait pas non plus fait le diagnostic d'hématome du psoas [...] Le chef de la contre-visite n'a donc pas vu le patient en contre-visite. Il a donc eu sa calciparine sans que quelqu'un n'arrête le traitement. » (15)

« Ah oui, mais avec le recul j'aurais quand même dû faire appel, je n'aurais pas dû prendre la décision seul. J'aurais au moins dû faire appel à quelqu'un plus haut... Au moins appeler la réanimatrice sans qu'elle se déplace. [...] je n'ai peut-être pas assez cherché une autre cause » (16)

« En y repensant je pense qu'il serait parti. J'aurais pu ne pas faire d'ordonnance mais j'étais en fin de consultation et bon... Je ne voulais pas insister » (21)

« Il y a un rapport chronologique qui est assez marquant. Si j'étais arrivé cinq secondes avant, si j'avais pu dire à l'infirmière : "Ne lui donne pas", je n'aurais pas eu affaire à la réanimatrice, je n'aurais pas échangé avec le mari de la patiente, je n'aurais pas échangé avec mes co-internes... et je n'aurais pas passé un après-midi pareil, ça s'est joué à cinq secondes... » (22)

« En fait cette histoire, c'est vraiment un enchaînement sur quatre jours.[...] Elle n'a jamais été vue par le même médecin. Le premier médecin, bon, a mis un bilan hépatique sans mettre de TP. A la limite, ça peut arriver mais voilà. Ensuite ça n'a pas été rattrapé derrière. Elle a été vue par 4 ou 5 médecins différents, un avis de spécialiste par téléphone... » (37)

1.14. Imaginer les conséquences qu'il aurait pu y avoir

Lorsque l'interne est responsable d'une erreur ou a partagé cette expérience avec un collègue (4, 40) et qu'il n'y a pas eu de conséquence dommageable pour le patient, sa culpabilité ne lui permet pas toujours de s'en satisfaire. Au contraire, il imagine qu'elles auraient pu être les conséquences pour le patient.

« Je pense que si on ne l'avait pas anti-coagulé, ce monsieur très bien, toute sa tête, autonome, il aurait fait l'AVC, euh... on aurait été très mal. Parce qu'il avait les indications. On a failli faire une erreur, elle n'aurait peut-être pas eu de conséquence. Mais j'ai cherché : 3.2% de risque d'AVC par an. » (4)

« je me suis dit qu'elle aurait vraiment pu se taper l'arrêt cardiaque à cause de moi. [...] donc je pense qu'une heure après ça aurait pu beaucoup plus mal se passer [...] Je pense que je l'aurais vu, mais je pense que je l'aurais vu trop tard. Vraiment » (5)

« ce n'était qu'une entorse, ça aurait pu être autre chose » (14)

« Mais elle n'a pas eu d'accident hémorragique ni rien. Ca aurait pu mal se terminer... » (40)

1.15. S'estimer chanceux lorsqu'elles ne surviennent pas

Le seul sentiment positif que l'on retrouve dans ces récits s'observe lorsque l'interne se considère chanceux de ne pas devoir affronter des conséquences plus graves pour son patient. Il s'exprime parfois comme si un « facteur chance » avait permis de les éviter. Comme si cela n'était lié qu'au hasard, alors que dans certains cas, c'est le principe des « filtres » qui a fonctionné (1).

« Non, j'ai eu de la chance. Il n'y a pas eu de répercussion. » (1)

« j'étais surtout soulagé qu'il n'y ait pas eu de problème grave, hémorragique et qu'il n'ait pas fait la fibroscopie. Heureusement que lui [le fibroscopiste, NdA] il a vérifié. » (8)

« j'ai vraiment eu de la chance. » (12)

« Je me dis que j'ai eu de la chance là-dessus parce qu'avec la même erreur sur un gamin qui serait passé de "pas de séquelles" à "des séquelles" à cause de deux heures de délai, là pour le coup je m'en serai voulu à vie. Je me serais senti vraiment super mal alors que là je me dis que bon, mon erreur n'a pas changé grand-chose. » (13)

1.16. Les autres ressentis

D'autres sentiments sont perceptibles au travers des récits.

Les internes peuvent être choqués ou stupéfaits :

« Et sur le coup j'étais tellement sur le cul que je n'ai pas su quoi lui dire » (10)

« Nous on pensait juste : "Non tu viens de le tuer là !" Devant nous. En fait, l'infirmière, le senior et moi, on était... On était paralysés. On ne savait pas... On ne savait pas ce qu'il s'était passé ! » (36)

« on était quand même assez choqués par ce qu'il s'était passé parce qu'on avait trouvé que c'était vraiment n'importe quoi » (43)

On retrouve du stress :

« J'étais vachement stressée pour le patient qui avait une vraie douleur thoracique et qui était en train de pourrir son cœur depuis plusieurs heures ! » (6)

« Tu vois, tu te dis que l'erreur elle est vite faite [...] C'est ça qui m'a le plus stressée, je me suis dit : "Punaise, il faut être hyper vigilant, tout le temps, tout le temps. » (46)

De l'incompréhension parfois :

« Je ne sais pas ce qu'il s'est passé avec cette dame. Mais moi j'ai eu du mal. » (45)

Egalement le fait de sentir perdu :

« J'étais un peu perdue » (25)

Un sentiment de vulnérabilité :

« Ca dépend du chef, et de l'approche du chef, surtout qu'on est hyper vulnérable dans ces situations. Il suffit d'une réponse hyper cassante et là c'est la fin. [...] On se sent tellement coupable que le moindre truc, même sans vouloir être méchant ça peut nous... anéantir. » (42)

Certains craignent de perdre leur crédibilité, aux yeux des collègues ou des patients :

« ça s'était passé devant toute l'équipe dans le poste de soin, je pensais que ça y est j'allais porter l'étiquette de la fille qui a foutu l'aspirine, que je n'allais plus être crédible non plus auprès des infirmiers. » (12)

« je n'avais pas du tout envie de les revoir [...] Je me demandais ce qu'il [le patient, NdA] pouvait penser, j'avais honte [...] Je redoutais vraiment cette consultation [...] Son regard ne va pas être très bienveillant et il va se dire : "C'est qui celle là ? Elle n'est vraiment pas douée » (20)

2. La perception des échanges par les internes

2.1. Les difficultés pour initier la discussion sur ses propres erreurs

Bien qu'ils désirent être soutenus et obtenir des réponses sur leur responsabilité, les internes ne sont généralement pas à l'aise pour parler de leurs erreurs. La honte ressentie par un interne qui se considère responsable peut freiner l'envie de dialoguer. Il existe alors une ambivalence entre l'envie de se confier, d'analyser et le désir de taire ce moment difficile. Certains internes justifient le fait de ne pas avoir parlé par l'absence de conséquence grave. Toutefois c'est la gêne ressentie qui semble avoir pris le dessus.

« il y a toujours le côté "J'ai fait une erreur" donc je n'avais pas forcément envie d'en parler non plus. » (1)

« il n'y avait pas eu de conséquence et c'est vrai que je n'ai rien dit... »[...]
Investigatrice : « C'était difficile pour toi ? »
« Oui je n'avais pas forcément envie de le dire, et je n'en ressentais pas la nécessité. Donc je n'en ai pas parlé (rires).[...] C'est utile de parler pour savoir comment l'éviter mais je n'ai pas eu envie, parce que je ne voulais pas me prendre des reproches en plus des miens. » (18)

Investigatrice : « Tu t'es sentie un peu honteuse ? »
« Ah oui, mais même pas un peu ! Beaucoup ! Et soulée aussi. »
Investigatrice : « Tu en as parlé à quelqu'un d'autre ? »
« Oui à une copine, mais j'ai eu du mal à lui en parler. Je lui ai dit : "Il m'est arrivé quelque chose c'était horrible." Mais j'ai eu du mal à lui en parler et je ne l'ai dit qu'à elle. » (14)

« Mais je suis contente que ce soit lui qui soit venu m'en parler parce que je n'y serais peut-être pas allée spontanément un autre jour. Et dans ce genre de situation, c'est difficile d'aller voir un senior, de lui en parler à moins que ce soit quelque chose de vraiment grave qui ait eu des conséquences. » (39)

Dans le récit 41, l'interne souligne le courage nécessaire pour poser la question de sa responsabilité. La crainte d'entendre que l'on est effectivement responsable de l'erreur étant parfois trop forte.

Investigatrice : « Est-ce que tu as réussi à lui formuler cette question qui te revenait : "Est-ce que je suis responsable ? »
« Non lui je ne lui ai pas demandé, bof... Il était un peu bourrin, ce n'était pas à lui que j'aurais parlé... » [...]
Investigatrice : « poser la question de ta responsabilité finalement tu ne l'as pas fait... même avant d'avoir été rassurée, quand elle te revenait souvent... c'était par peur de la réponse ? »
« Je pense que je n'ai jamais osé en fait. Je préférerais être rassurée par mes co-internes. C'est peut-être par lâcheté ... Il faut du courage pour poser cette question. » (41)

Une interne estime que c'est, malgré tout, un devoir d'avouer son erreur, par respect pour le patient et pour l'équipe :

« sympa ou pas sympa, je lui aurais dit [au chef, NdA] parce que je trouve que c'est un devoir [...] Tu fais une erreur dans une équipe, ce n'est pas ta santé c'est la santé du patient donc tu te dois de le dire et de ne pas la cacher. Au contraire, il faut accepter ses erreurs. » (46)

2.2. La communication au cours d'une erreur dépend de la relation préalable entre les soignants

Plusieurs internes disent que la personnalité de leurs collègues et la relation qu'ils ont eu auparavant déterminent avec qui et comment ils vont parler de leur erreur. Par exemple, ils iront plus facilement vers un chef connu pour être ouvert et pédagogue envers les internes. A l'inverse, un senior qui ne prend habituellement pas le temps de parler avec eux, qui ne se rend pas disponible pour des avis médicaux en-dehors de toute situation de crise ne sera pas perçu comme un interprète de choix.

« J'ai eu de la chance aussi d'être avec une infirmière sympa. Elle, je n'ai pas du tout eu de mal à lui dire que je me suis trompée. Avec d'autres, je pense que ça aurait été plus compliqué. [...] Tu sais il y a des gens à qui tu ne peux pas le dire quoi. » (1)

*Investigatrice : « Quand tu dis en avoir parlé avec d'autres chefs et pas avec celle qui était de garde, tu peux expliquer un peu pourquoi avec elle tu ne pouvais pas ? »
« Bah elle en a parlé aussi mais bon avec elle ce n'était pas très constructif. Ça se passait assez mal avec elle parce qu'elle était très très brut de décoffrage. Et quand elle avait décidé de quelque chose, c'était comme ça que ça se passait et pas autrement. Au niveau des recommandations c'était du grand n'importe quoi. Au niveau de ses pratiques, parfois il y avait des choses qu'elles n'auraient pas dû faire. Du coup je n'étais pas du tout en confiance avec cette chef, parce que si je ne me sentais pas à l'aise, je ne savais pas ... [...] Autant il y avait une autre chef, avec qui j'étais très en confiance, qui était très carrée, très très bien. C'est avec elle que j'en ai discuté après. Avec elle, je me sentais vraiment à l'aise. » (13)*

« Ça dépend des stages et surtout des chefs qu'on a. Il y en a avec qui on sent qu'on peut discuter sans problème, parce qu'on sent qu'il n'y a pas de jugement, qu'on est dans l'échange. Voilà, on peut dire ce qu'on ne sait pas. Alors que montrer des signes de faiblesse avec certains chefs, c'est tout de suite vu comme quelque chose d'extrêmement négatif [...] C'est très personne dépendant. » (35)

« les chefs qui n'en ont rien à faire des internes ne vont pas s'intéresser aux erreurs qu'on peut faire. Sauf si on a fait une grave erreur qui a des retentissements sur l'image du service. » (39)

2.3. L'avis des internes sur le déroulement des échanges

Nous nous concentrerons ici sur la façon dont les internes ont perçu les échanges avec leurs seniors. En effet, ce sont majoritairement eux dont parlent les internes lorsqu'on leur demande ce qu'ils ont pensé des échanges.

Par seniors nous désignons ici : les seniors en charge de l'interne au cours du récit, les chefs de service et les confrères spécialistes qui sont intervenus.

Les échanges avec les co-interne ne seront pas repris car nous avons vu que les internes étaient toujours satisfaits de pouvoir trouver auprès d'eux une oreille attentive et un discours rassurant.

Les ressentis concernant les échanges avec les paramédicaux ont également déjà été traités dans le chapitre des échanges. Pour rappel : les internes apprécient la solidarité que les paramédicaux manifestent à leur égard mais rencontrent des difficultés pour asseoir leur autorité. et craignent de perdre en crédibilité lorsqu'une erreur survient. Enfin, bien qu'il existe un réel manque de débriefing entre eux après une erreur, les internes formulent assez peu de plaintes à ce sujet.

L'analyse des récits nous permet d'observer que la majorité des internes n'ont pas été satisfaits des échanges avec les seniors. En effet, dans 54% des cas, le déroulement des échanges avec les seniors a laissé l'interne au minimum insatisfait.

Dans 32 % des cas, l'interne a apprécié la nature des échanges et en est satisfait.

Dans 8% des cas, le récit n'était pas contributif (soit parce que l'interne était indifférent ,soit parce qu'il n'y avait pas d'interaction avec le senior, soit parce que cela concernait un collègue et que les échanges seniors-internes n'ont pas été évoqués.)

Dans 6% des cas, l'interne était partagé. Ce sont les récits 13, 22 et 33 au cours desquels l'interne est très déçu de l'attitude du chef qui l'encadre. Il se tourne alors vers d'autres seniors qui vont le soutenir et lui permettre de s'exprimer.

2.3.1. Ce que les internes ont apprécié

◆ Le soutien des seniors

Les internes apprécient de se sentir soutenus par leurs seniors face aux difficultés.

Ce soutien a pu se manifester à différents moments : pour faire face aux reproches et à l'agressivité du patient ou de son entourage (17, 33, 39), pour annoncer une erreur médicale au patient (46), pour faire face aux reproches d'un confrère (9) ou pour une aide technique et bienveillante lors d'une prise en charge médicale lourde que l'interne n'arrive pas à gérer seul (16).

« Mon chef, il a été bien, il ne m'a pas laissée toute seule » (17)

« on est allés tous les deux, il a été vraiment chouette [...] Et je pense que j'ai eu de la chance, le chef a été vraiment sympa de prendre la parole. Il me voyait vraiment désemparée. C'était lui qui parlait c'était très sympa de sa part. Mais il aurait pu me laisser parler, il y a plein de chefs qui font ça. » (46)

« puis le senior, en plus, qu'il me rassure, qu'il me dise : "Tu n'as pas fait d'erreur, elle exagère beaucoup, ne t'inquiète pas." Ca a été quand même bien qu'il m'en parle. » (39)

« Mon chef est passé et a engueulé l'ortho en lui disant que j'avais fait un travail de fou pour essayer de faire quelque chose pour ce patient. » (9)

« ce qui m'a vraiment aidé aussi c'est que la première fois que je suis intervenu j'étais tout seul et ça c'était un peu compliqué et la deuxième fois d'être avec la réanimatrice, c'était très différent [...] Oui, elle a été sympa. J'ai eu de la chance parce que des fois les réanimateurs arrivent, et nous engueulent sur notre prise en charge alors que nous on n'est pas réanimateur justement. » (16)

Dans les récits 9, 17 et 39, les internes ont apprécié que les seniors prennent l'initiative de les soutenir sans qu'ils n'aient eu à le demander.

♦ La disponibilité des seniors

Les internes ont été satisfaits lorsque les seniors se sont rendus rapidement disponibles .Ils sont reconnaissants envers ceux qui leur consacrent un moment dédié pour parler de l'erreur. D'autant plus que les internes sont conscients des difficultés que représente la gestion du temps au quotidien.

« Mais moi j'ai pu discuter avec la réanimatrice et avec les internes du service le lendemain. C'est la première chose que j'ai faite et ça, ça m'a bien servi. » (16)

« je pense qu'en discuter tout de suite avec ma prat et qu'il en ressorte que je n'avais pas vraiment fait d'erreur si ça m'a fait du bien ! » (20)

« Elle a vraiment pris du temps avec moi et c'était agréable. » (23)

♦ Des seniors responsables permettant une discussion d'équipe constructive

Dans le récit 40, la chef de service a organisé une RMM afin d'identifier les failles à l'origine de l'erreur et d'éviter la récurrence. L'interne a beaucoup apprécié cette démarche et l'attitude des seniors durant la RMM. Tous reconnaissent leur part de responsabilité dans un but constructif.

« c'est de la faute de tout le monde. Mais du coup, c'était bien, tout le monde a pris sa part de responsabilité. Les chefs n'ont pas tout rejeté ni sur la première interne qui l'avait vue ni sur les autres chefs. Parce que les visites ont été faites avec les chefs. Et c'était à eux aussi de regarder. J'ai bien aimé, je trouvais que c'était une bonne prise en charge. Parce que j'ai été en CHU et je sais qu'ils peuvent très facilement remettre la faute sur l'interne [...] Tout le monde s'est remis en cause, ils ont dit que ça aurait pu arriver à tout le monde, même à eux. » (40)

♦ Des seniors parlant de leurs propres erreurs

Les internes ont apprécié que les seniors abordent leurs erreurs personnelles. Cela leur apporte un soulagement important et rend les seniors un peu plus humains comme si « une barrière » tombait. Les internes réalisent alors qu'ils ne sont pas les seuls à se tromper et que commettre des erreurs n'empêche pas de devenir un médecin compétent.

« Moi aussi j'ai fait des erreurs quand j'étais jeune. ». Tu vois le chef de service qui te dit ça, bon... Ca m'a quand même un peu soulagée.» (2)

« Oui mais c'est normal de faire des erreurs ou que tu ne saches pas. J'avais une chef qui me disait : "C'est normal que tu ne saches pas, moi je suis tout le temps dans le Vidal." Avoir une chef qui te dit ça, ça fait un bien fou ! (29)

« d'entendre le chef de service dire : "Ah mais je n'aurais pas dû faire ça." C'est bête mais ça va plus l'humaniser [...] on peut se dire que ça peut arriver à tout le monde [...] Certes il faut tirer les leçons d'une erreur mais pas que ... Il faut savoir relativiser un petit peu [...] Ça peut être bon de savoir que les plus vieux que soit font des erreurs. Vraiment » (39)

2.3.2. Ce que les internes ont mal vécu lors des échanges

♦ Une pression trop lourde sur leurs épaules : l'obligation d'être infaillible

Certains internes dénoncent la pression trop lourde qu'ils subissent. Ils font face à des responsabilités importantes et à des seniors qui les laissent gérer seuls des situations qui les dépassent. Ils considèrent parfois que leurs chefs sont trop exigeants et souffrent de ne pas pouvoir parler de leurs ressentis, craignant d'être considérés comme faibles ou indignes de confiance. Cela peut justement conduire à la survenue d'erreurs, par peur de ne pas oser appeler à l'aide.

« on ne se pose pas pour parler, ou on a l'impression que ce qu'on ressent ça ne compte pas. Après c'est peut-être une impression. C'est peut-être à nous de signaler. La plupart des chefs nous donnent l'impression qu'il faut qu'on soit capables, qu'on soit forts et on n'a pas envie de montrer ce qui ne va pas [...] il y a trop de jugement ! On ne peut pas ne pas savoir ou avoir des faiblesses. Ce n'est pas possible. » (29)

« Ça dépend des stages et surtout des chefs qu'on a. Il y en a avec qui on sent qu'on peut discuter sans problème, parce qu'on sent qu'il n'y a pas de jugement, qu'on est dans l'échange. Voilà : on peut dire ce qu'on ne sait pas. Alors que montrer des signes de faiblesse avec certains chefs, c'est tout de suite vu comme quelque chose d'extrêmement négatif. On ne peut absolument montrer aucune faiblesse et il ne faut pas dire : "Je ne sais pas." ou "Qu'est-ce que je fais ?". Et souvent c'est dans ces cas là qu'on fait très mal parce qu'on n'a pas confiance en soi et on sait qu'on ne sait pas, on n'ose pas en parler. » (35)

« Tu es censée aller bien, tu es censée voir tout un tas de trucs trash et aller super bien ! [...] Personne ne me demande si ça va, c'est normal quoi. » (29)

« Un bon interne, c'est un interne qui ferme sa gueule et qui fait son taf, que tu n'entends pas parler et qui est efficace. C'est ça un bon interne pour la plupart des chefs. C'est hallucinant, tu arrives comme interne dans un service où il y a quand même des prises en charges lourdes... Et toi t'es censé dire que tout va bien. » (30)

♦ L'injustice

Un sentiment d'injustice apparaît dans 9 récits. L'interne vit très mal ce sentiment et est révolté, lorsqu'il considère être accusé à tort de l'évolution défavorable du patient (récit 38).

« j'étais un peu... Enfin super énervée. Parce que ma PH qui était là, avec qui j'étais et avec qui j'ai discuté m'a dit : "Ah non c'est de ta faute." Donc j'étais vraiment... Elle n'a pas dit que c'était QUE de ma faute. Mais j'étais très gênée et très en colère parce que j'avais demandé de l'aide et on ne m'avait pas écoutée. [...] Exactement, l'injustice. » (38)

Ce sentiment d'injustice peut envahir l'interne face aux reproches virulents de ses confrères (récit 9).

« Je me suis faite engueulée par l'ortho qui me disait que j'étais une incompetente et que j'ai mal fait mon travail alors que je me suis battue toute la semaine pour ce patient [...] pourtant je lui avait expliqué toute l'histoire [...] quand il m'a engueulée je me suis dit : «Mais il est c.. ou quoi ? » [...] ce n'était pas de ma faute à moi » (9)

« je me suis fait engueulé par les chirurgiens aussi qui m'ont dit que j'aurais dû les appeler le premier jour où il est venu pour avoir un avis chirurgical. Ce qui n'est pas vrai forcément parce que les fois où on les appelle pour des douleurs abdominales ils nous envoient chier » (11)

« Mais alors pourquoi on nous prend de haut ? Pourquoi on ne veut pas nous comprendre ? Pourquoi on ne nous laisse pas le temps de nous expliquer ? J'en ai eu marre de me faire engueuler comme ça [...] on me reproche de demander un avis, mais je n'ai même pas eu le temps d'expliquer que l'avis c'était aussi pour que le dermato me dise : "Ok je te la prends." Parce que cette dame souffrait vraiment. Mais pour eux c'est juste qu'il ne faut pas perdre de temps. » (19)

Dans le récit 47, l'interne souligne l'importance du biais de rétrospection. Ce biais apparaît lorsqu'une prise en charge médicale initiale est critiquée sans tenir compte des informations à disposition du soignant à ce moment-là. C'est une attitude trop fréquente selon l'interne qui semble en souffrir.

« tu vois, des fois, le médecin généraliste qui a fait plein d'exams et après le spécialiste qui arrive à la fin de la chaîne et qui dit : "Bah c'était évident pourtant !" Et c'est très facile d'arriver à la fin de l'histoire. Il se passe beaucoup de choses comme ça et moi je trouve que c'est injuste. » (47)

♦ Un manque de soutien des seniors dans les situations difficiles

Les internes ont mal vécu l'absence de soutien de leurs seniors pour affronter des situations difficiles comme l'annonce d'un décès à une famille ou pour faire face à l'agressivité d'un patient. Ces situations ont entraîné un mal-être important et persistant dans le temps, même pour l'interne qui n'avait pas commis réellement d'erreur dans le récit 23. L'interne a été traumatisée par les menaces du patient et a mis beaucoup de temps à calmer son anxiété. Un chef plus soutenant aurait pu calmer la situation et éviter tant d'angoisse à l'interne.

«Elle m'avait dit : "Non mais c'est bon tu es interne, c'est toi qui doit annoncer la mort aux enfants." Ca s'est vraiment mal passé. » (42)

« ce qui m'a choqué, c'est le manque de soutien de ma chef [...] Non, mais on n'amène pas comme ça un patient qui gueule. C'est son rôle de chef de gérer ça, je n'ai pas compris pourquoi [...] elle aurait dû me soutenir en tant qu'équipe. Sauf si j'avais fait une bêtise et dans ce cas là, elle aurait dû le réexaminer ou le calmer. C'était son rôle à elle. » (23)

◆ ... qui alimente un sentiment de solitude chez l'interne

Les internes peu ou pas soutenus expriment un sentiment d'isolement et de solitude, difficile à supporter, par exemple :

« C'était un peu dur parce que du coup de A à Z c'est comme si je n'avais pas existé » (37)

« Oui, culpabilisante. En me disant : « Tout simplement une neutropénie fébrile, tu mets des antibiotiques. » [...] Colère oui vraiment. Et surtout on se retrouve seul en fait. » (38)

◆ Des seniors méprisants ou humiliants

Les internes ont parfois dû faire face, en plus de la gestion de leur erreur, à des attitudes méprisantes et humiliantes de leurs seniors. Ce sont principalement ces comportements qui créent et entretiennent le mal-être de l'interne comme dans les récits 14 ou 19, où l'interne n'a pas fait d'erreur (ou une erreur totalement anodine). Nous pouvons voir ici que les internes peuvent souffrir davantage du comportement de leurs seniors que de l'erreur elle-même.

« mon chef a trouvé ça vraiment très marrant. Je trouve que c'est encore plus humiliant du coup avec du recul. » (14)

« Elle aurait pu nous faire des remarques, discrètement pour nous expliquer. Mais non il fallait qu'il y ait tout le monde, les infirmières... Notre estime en prend un coup, il y a une perte de confiance systématiquement et je leur en voulais. » (19)

« je me retrouve à rappeler la réa. Qui me dit : "Qu'est ce que c'est que ce bordel ? Qu'est ce qui s'est passé ?" [...] Elle, pas conciliante du tout, qui ne me parle plus finalement quand elle apprend ce qu'il s'est passé et qui ne parle qu'à l'infirmière. Donc j'essaie d'intervenir, elle ne me calcule même pas. Je me retrouve vraiment mal, je n'étais pas bien du tout. » (22)

◆ Des propos décevants : un manque d'attention aux besoins de l'interne

Les internes ont également exprimé leur déception vis-à-vis de seniors qui ne font pas attention à leurs attentes et à leurs besoins d'analyse, proposant des réponses « automatiques » sans chercher à comprendre leurs besoins.

« Je pense que nous, on est assez ouverts à la critique, on cherche à s'améliorer, sauf que dans les services on n'a jamais vraiment de retour. Quand on fait un truc pas bien, en général ils ne viennent pas nous le dire en face, ils en discutent entre eux derrière. Même si on fait le point à la fin du stage ou même en mi-stage, ils ne nous disent pas ce qui va ou ce qui ne va pas. Ils nous demandent, à nous, ce qu'on considère de bien dans le service, mais on n'a jamais de retour des chefs, donc au final, s'améliorer c'est un peu difficile. » (42)

Investigatrice : « Tu trouves que ces paroles sont un peu automatiques ? »
« Oui. Le discours : "Il est vieux, il allait forcément mourir d'un truc." Bof... c'est vrai. Il a raison mais [...] le côté urgentiste qui dit : "Ca arrive"... Je ne sais pas... Parce que les chefs, à un moment, pas tous mais beaucoup, ils ont cette réflexion de : "Il est vieux, ça ne sert à rien..." » (41)

« ma chef me dit juste : "Ne t'inquiète pas, tu n'auras rien. Au pire ça tombe sur moi." Au lieu de me dire que ce n'est pas grave, moi c'était juste ce que j'attendais.[...] Il [un autre senior du service, NdA] ne me dit pas : "Tu n'as pas fait d'erreur." Moi c'est ce que je voulais entendre, ou au moins ce qu'on pouvait avoir comme poursuites, des choses comme ça. » (23)

♦ Une absence de volonté d'analyse constructive

Les internes sont très déçus lorsque les seniors n'adoptent pas de démarche constructive (soit parce qu'ils ne prennent aucune initiative pour permettre une réflexion sur l'erreur, soit parce que les tentatives de discussion sont anéanties par des seniors totalement fermés à la discussion) .

« Il a vachement relativisé, il était un peu je m'en foutiste. [...] Mais j'étais vraiment mal sur le moment quoi, et mon chef qui s'en foutait complètement. [...] je n'ai pas trouvé ça vraiment professionnel, il avait l'air de s'en foutre complètement et de pas du tout se remettre en question lui et de dire que c'était de la faute de l'IAO [...] j'aurais bien voulu que le chef dise : "Oui effectivement" et qu'il aille voir l'infirmier pour lui dire. » (6)

« c'était vraiment que chacun protégeait son équipe. Alors que la discussion n'était pas faite pour accabler quiconque. Moi les noms je m'en foutais, je ne les connais pas et je ne les ai jamais cherchés. Je voulais juste qu'on en discute de façon posée » (7)

« Je ne sais pas pourquoi le chef de service a fait barrage [...] je trouve dommage la réaction du chef de service » (29)

« Lui a soumis le dossier en RMM où en fait je n'ai pas été invitée, pour laquelle les internes n'ont pas été prévenus. Parce que pour faire la RMM, il fallait qu'il y ait des gens aux urgences pour travailler... Donc nous on était aux urgences, donc je n'ai jamais su... On n'a pas été conviés pour la discussion. » (37)

2.4. Nos erreurs, sources d'apprentissage ? Des perceptions divergentes

Les internes ne réagissent pas tous pareil lorsque l'apprentissage par l'erreur est abordé. Par exemple, dans le récit 2, l'interne est choquée d'entendre son senior dire que c'est grâce à cela qu'elle apprendra.

« il me fait : "De toute façon, on n'apprend que comme ça." Ca m'a tellement choquée ! On ne peut pas apprendre comme ça, ce n'est pas un moyen d'apprentissage. Il est gentil de me dire ça mais je me suis dit : "Je ne veux pas apprendre comme ça. »

FG1Int3 : « C'est avec des petites erreurs, des choses imparfaites qu'on s'améliore. »

FG1Int1 : « Oui, mais tu ne peux pas apprendre que par ça. » (2)

L'interne est encore sous le choc de la découverte de son erreur, et l'échange avec le chef est succinct. Nous pouvons supposer qu'elle n'est pas dans les dispositions nécessaires pour avoir une réflexion approfondie à ce sujet.

En revanche, dans le récit 46, l'interne a un point de vue différent. Elle considère que l'erreur est inévitable et qu'il faut en tirer un apprentissage.

« Ce n'est jamais agréable mais hélas je crois qu'on n'y échappe pas. [...] C'est de nos erreurs qu'on apprend. » (46)

2.5. Prendre du recul par rapport à l'attitude du senior

Parmi les internes n'ayant pas apprécié l'attitude de leur senior, plusieurs ont su prendre du recul et analyser leurs comportements. Certains essayent de se mettre à la place du senior pour comprendre son attitude. Sans excuser une réaction inadaptée, ils reconnaissent que leurs seniors sont des soignants pouvant eux aussi avoir peur, ressentir de l'épuisement et présenter des failles.

« je pense qu'elle s'est énervée au moment de gérer la patiente parce que je pense qu'elle a eu peur aussi » (5)

« après il m'a dit : "Tu comprends, c'est la première fois que je vais faire ça seul. Une opération du rachis un samedi matin avec pas forcément des aides compétentes qui sont spécialisées dans ça." Parce qu'il était CCA [Chef de Clinique Assistant, NdA]. Oui je comprenais mais ce n'était pas de ma faute à moi. » (9)

« mais, à la limite, je n'avais même pas envie qu'il s'excuse. Je me sentais fautive. Lui trouvait qu'il avait été brutal et qu'il avait parlé assez sèchement. Je lui ai dit que non et qu'il avait eu raison, que j'avais fait une grosse faute [...] Je ne lui en veux pas parce que je pense que j'aurais pu réagir pareil avec mon interne dans cette situation. » (12)

« Je pense que lui [le chef de service, NdA], il était un peu en burn out peut-être, parce que le fait de voir ça pendant des années... » (45)

FG4Int1 s'adressant à FG4Int6 : « le CHU c'est comme tu dis, "la chaîne" et les chefs ont eux même une pression. Et ils la répercutent sur les internes. Ca arrive tout le temps [...] Enfin il y a 20 ans, elle était comme toi je pense. » (19)

2.6. Les attentes des internes

FG5Int3 : « C'est l'échange d'expérience aussi qui permet d'apprendre des erreurs des autres. [...] Et en plus ça rassure. »

Les internes ressentent le besoin de parler de leurs erreurs, malgré les difficultés que cela représente.

Ils souhaitent tout d'abord déterminer leur part de responsabilité. Ils ressentent le besoin d'entendre qu'ils sont responsables – lorsque c'est le cas – et veulent savoir comment l'erreur aurait pu être évitée. Dans le cas contraire, ils ont besoin d'entendre clairement que l'erreur n'est pas de leur fait.

Ils expriment également le besoin d'être rassurés : sur l'évolution du patient, sur l'absence de responsabilité de leur part, sur le fait de ne pas être seul à commettre des erreurs.

Lorsque nous demandons aux internes de formuler leurs attentes ceux ci n'expriment d'exigences qu'envers leurs seniors. Les co-internes et les paramédicaux ne sont pas évoqués.

Ils attendent de leurs seniors une analyse objective des situations d'erreurs. Ils souhaitent que leurs aînés mettent à profit leur expérience pour analyser la situation et pointer du doigt leurs défaillances. Ils peuvent même être demandeurs de sanctions.

« Au final c'est un peu de la validation, savoir si j'ai bien fait, est-ce que c'est une vraie erreur ? Est-ce que ça va avoir des conséquences sur le patient ? Est-ce que j'ai raison de m'en vouloir ou pas en fait ?Après il va confirmer... C'est lui qui a l'expérience. Il a suffisamment de recul et est suffisamment extérieur à la situation pour pouvoir nous dire : "Là tu as vraiment merdé, c'est quelque chose qui ne doit pas se reproduire. Là il ne faut pas que ça se reproduise mais ça n'aura pas de conséquence. Là ce n'était pas une erreur, tu es en train de te mettre des trucs dans la tête qui ne sont pas vrais." Qu'il nous permette de se repositionner et de savoir la vraie valeur de ce qu'on a fait quoi. » (8)

« savoir s'ils allaient être totalement objectifs [...] je préférerais qu'on me dise clairement les choses [...] c'est mieux quand ils nous disent clairement les erreurs qu'on a faites et pas seulement nous rassurer » (39)

« Et ce n'est jamais agréable de se faire engueuler, mais là j'aurais presque préféré me faire engueuler, il n'y a pas eu de sanction ou quoi. C'est une grosse erreur médicale et il n'y a rien eu... » (15)

Les internes souhaitent que les seniors leur accordent le temps nécessaire à cette analyse et qu'ils ne fassent pas de reproches irréfléchis ou en public.

Même si les internes apprécient les moments où leurs seniors font preuve d'empathie, ce n'est pas la première chose qu'ils disent attendre d'eux. Ils expriment tout de même le besoin de se sentir respectés lors des échanges.

Dr Galam : « Qu'est-ce qu'il faut pour que le chef puisse être digne de vous entendre raconter vos histoires ? »

FG3Int4 : « Que ce soit un chef présent, comme ça on peut parler de tout. Et qui va nous apprendre des choses aussi. Un chef qui est là pour nous apprendre et pas uniquement pour dire qu'on est là pour être leur larbin et diminuer leur charge de travail. »

FG3Int2 : « Un chef qui n'a pas l'air emmerdé quand on lui demande de l'aide. »

FG3Int3 : « Pas qui donne une réponse par téléphone, juste "Tu fais ça", qui se déplace. »

FG3Int4 : « Qui prend du temps. »

FG3Int1 : « Au moment où on lui raconte au moins qu'il soit bienveillant.

FG3Int6 : « Pas devant tout le monde déjà, on perd vraiment en crédibilité. »

FG3Int2 : « Oui je pense que peu importe l'erreur, il faut toujours mettre la personne à l'écart et ne pas faire ça devant tout le monde parce qu'après on est vraiment très mal à l'aise. »

FG3Int6 : « Et même si c'est quelqu'un d'incompétent, qui est dangereux dans ses connaissances et ses actes, il faut le prendre à part pour lui dire qu'il est dangereux, même si on doit le pourrir, le pourrir à part. »

Nous avons vu précédemment qu'il était également important pour les internes d'être soutenus par leurs seniors, lors de situations difficiles à gérer pour un jeune médecin en formation. Par exemple : faire face aux reproches d'un patient, annoncer une erreur médicale, gérer une situation médico-légale (mesure de placement d'un enfant, inscription dans le dossier médical de l'évolution défavorable d'un patient, etc.)

Enfin, c'est davantage auprès de leurs co-internes qu'ils vont rechercher de l'empathie et des propos réconfortants. Pourtant ils n'en parlent pas dans la formulation de leurs attentes, comme si cela était quelque chose de naturel.

Concernant les paramédicaux, même si les internes apprécient de ressentir une solidarité de leur part, ils ne formulent là non plus aucune attente envers cette catégorie de collègues.

E. L'influence de l'erreur sur la pratique ultérieure

1. Les changements constructifs

La majorité des internes décrivent des modifications positives de leurs pratiques.

L'élément que l'on retrouve le plus fréquemment dans leurs discours est le fait d'avoir davantage de rigueur. Cela peut se traduire par des examens cliniques plus minutieux, des interrogatoires et des recueils d'informations plus approfondis, par le fait de veiller à récupérer chaque examen complémentaire demandé, ou par la volonté d'avoir une organisation plus rigoureuse.

« Les petits de deux mois je les examine systématiquement sur le plan neuro, même s'il y a 6 heures d'attente aux urgences, je ne ferai plus la même erreur » (13)

« je me suis dit qu'il fallait faire attention. Maintenant quand je vois un ventre je fais plus attention » (29)

« quand je vois des réactions allergiques avec des œdèmes je réagis différemment, déjà je surveille beaucoup plus » (44)

« je pense qu'il faut aussi être rigoureux aux urgences. Et ne pas forcément se dire que le patient est grabataire [...] Je pense que c'est important aux urgences de connaître les antécédents. Surtout quand le patient ne peut pas parler » (9)

« Maintenant, je me réfère à ce que je vois ou alors j'essaye de vraiment bien caractérisé ce que l'autre personne a vu et ce qu'elle m'a dit. » (22)

« Depuis je me dis que je vais faire vachement plus attention, vraiment regarder tous les résultats que je demande. Mais ça n'a pas loupé hein, j'ai refais plein de conneries comme ça. » (11)

L'erreur a parfois pu faire prendre conscience à l'interne qu'il fallait éviter toute précipitation et prendre le temps de la réflexion, autant que possible.

« maintenant, je prends mon temps [...] Je préfère maintenant me poser et surtout déterminer si le truc est urgent ou pas » (22)

Un interne dit avoir pris conscience de l'ampleur des responsabilités de sa fonction d'interne.

« Je me suis dit que la médecine, être interne... Tu n'es pas là que pour rigoler avec tes co-internes ! Ça te remet quand même sur les rails et tu te dis que t'as quand même la vie de gens entre les mains. » (5)

L'interne se jugeant responsable d'un retard diagnostique et regrettant de ne pas avoir fait appel plus tôt au réanimateur pense qu'il demandera plus facilement l'aide d'un senior désormais.

« Je n'ai pas été confronté de nouveau à ce type de situation mais je pense qu'à l'avenir je ferai appel plus facilement, ne serait-ce que pour ma prise en charge. » (16)

Les recherches effectuées afin de déterminer l'existence ou non d'une erreur ont pu permettre à l'interne d'améliorer ses connaissances médicales dans la prise en charge d'une pathologie.

«Alors j'ai cherché, donc dans l'ACFA, ce qui ralentit la fréquence cardiaque en première intention c'est les bêtabloquants, puis les inhibiteurs calciques bradycardisants et ensuite la digoxine si tu es insuffisant cardiaque. [...] ni l'indication du Kardégic® ni la Cordarone®» (4)

2. Les changements défensifs

Dans quelques récits, les internes décrivent des changements de pratiques concernant le service lui-même. L'erreur en question a alors permis d'identifier des failles dans le fonctionnement du service et de prendre des mesures pour y remédier.

« la commission a accepté de créer un sac-à-dos pour mettre le défibrillateur » (7)

« maintenant ça a changé dans le service, on nous a dit que chaque compte-rendu vu, doit être signé [...] C'est pas mal, ça change, on est plus vigilants du coup » (40)

« aux portes ils ont renforcé le semestre d'après avec un interne de plus parce qu'on était un peu débordées quand même » (44)

La survenue d'une erreur a donc pu avoir eu une influence constructive sur la pratique future des internes. Mais il n'y a pas que leur pratique médicale qui évolue favorablement, certains d'entre eux ont une attitude plus adaptée face à l'erreur : ils acceptent plus facilement d'y faire face si elle survient, et surtout décident de ne pas se taire une deuxième fois.

Certains regrettaient d'avoir été trop effacés et de n'avoir pas su exprimer leur mal-être au cours de leurs histoires, ils ont désormais pris du recul et sont décidés à davantage verbaliser leurs sentiments si cela devait se reproduire.

FG5Int3 : « Si ça arrivait maintenant, est-ce que tu réagirais différemment ? »

FG5Int1 : « Oui parce qu'il n'y a pas longtemps, [...] La pharmacienne avait juste écrit en lettres sur l'ordonnance : "interdit avant 6 mois." La patiente est repassée avec. Je me suis dit : "Ah oui c'est vrai." J'ai changé et je ne me suis pas dit que j'avais fait une affreuse erreur. Alors c'est vrai que je ne me suis pas fait pourrir par la pharmacienne au téléphone. Ça a dû jouer. » (20)

« Là je me dis que j'analyserai d'une autre façon, que j'essaierai de mettre des mots et de m'imposer un peu plus. A l'époque, j'étais en premier semestre... J'ai dit que j'étais là, mais je n'ai pas non plus exigé être vue par la psychologue ou autre. Je me suis dit : "Ah bon, ça se fait comme ça. Ça se fait comme ça." Je ne savais même pas la rancœur que j'avais. Je pense que maintenant je dirais : "Ah non, il faut faire une réunion, il faut en parler. Il faut qu'on parle tous de ça." Demander à être vue par les psychologues du service. Je pense que je m'imposerai un peu plus. Pour mes collègues, pour moi et pour les patients. Je pense que j'essaierai d'analyser un peu plus. A l'époque, je n'y avais même pas pensé. » (36)

« J'aurais voulu avoir plus le courage d'aller discuter avec les chefs, oser davantage demander. Demander aux chefs ce qu'ils en pensaient, même concernant ce que moi j'avais fait. Peut-être essayer de m'inviter à la RMM. J'aurais peut-être plus dû aller voir mes chefs

si eux ne venaient pas me voir. En plus ils étaient gentils. J'aurais pu y aller mais je n'ai pas osé. Ca c'est un peu dommage. Je pense que la prochaine fois, enfin j'espère qu'il n'y en aura pas mais j'essaierai de plus aller discuter avec eux. Parce que s'ils ont fait une RMM c'est qu'il n'y avait pas un tabou énorme. J'aurais pu le faire. Je n'ai pas fait l'effort. » (37)

Un des internes avait vu un infirmier s'opposer à ses prescriptions d'examens complémentaires. Ceux-ci ayant finalement permis de révéler une anomalie, l'interne a pu être conforté dans ses décisions et ressentir davantage de confiance en lui pour affirmer ses choix à l'avenir.

Investigatrice : « Est ce que tu penses que ça t'as conforté par la suite quand tu avais des bilans à demander ? »

« Oui, même si c'est fatigant d'expliquer. »(24)

D'autres internes ont une modification plutôt défensive de leur pratique. Cela reflète une anxiété ou une angoisse persistante.

Chez certains internes, elle se traduit par une multiplication excessive d'examens complémentaires :

« Après j'ai dû prescrire un petit peu trop de TP. » (37)

D'autres vont procéder à des vérifications plus fréquentes. Bien que cela puisse être considéré comme de la rigueur, nous pouvons y percevoir une anxiété latente, conduisant à répéter des vérifications parfois excessives.

« Oui après je passais dix minutes à relire mes prescriptions, à vérifier chaque ligne, c'est bon, c'est bon, c'est bon... [...] Ça change un peu notre façon de pratiquer. » (12)

« Plusieurs fois je suis remonté pour voir comment elle allait... Toutes les prescriptions que j'ai faite dans l'après-midi, je me disais : "C'est bon ou pas ? » (22)

Cette anxiété se traduit également par la peur de se voir à nouveau annoncer une erreur par un confrère, comme l'interne qui ressent cette peur à chaque fois qu'un pharmacien l'appelle.

« Maintenant dès que j'ai un appel où on me dit : "Je suis le pharmacien" j'ai la trouille. Je me dis : "Qu'est ce que j'ai fait comme connerie ? » (20)

La volonté de mieux « se couvrir » dans sa pratique quotidienne est un élément qui revient également plusieurs fois.

FG8Int3 : « Ah oui se protéger ! Ca j'ai appris à me protéger. [...] Donc j'en ai déduit que, enfin ce que ça m'a appris c'est : toujours mettre des mots dans les dossiers et écrire "Avis auprès du chef : me dit ça. » (38)

FG7Int2 : « Je me suis dit que les consignes pour faire reconsulter c'est hyper important. Il faut les faire comprendre aux parents, il faut en fait les écrire c'est médico-légal » (29)

Dans le récit 43, la dégradation des relations entre soignants après l'erreur et l'échec de la RMM a même un impact sur le projet professionnel de l'interne en la confortant dans son souhait de quitter le milieu hospitalier.

« Il y a vraiment des infirmières que j'ai essayé d'éviter toute la fin du stage. Parce que j'ai vraiment eu l'impression que ça avait plus empiré les choses qu'autre chose cette réunion [...] Du coup [...] ça vient renforcer un sentiment que, moi, je n'ai vraiment pas du tout envie de travailler en milieu hospitalier. » (43)

Deux internes décrivent à la fois une attitude constructive et défensive. La frontière apparaît ici bien mince entre le fait d'être plus rigoureux et le fait de se laisser envahir par l'angoisse de l'erreur.

« je me dis que je dois faire plus attention maintenant à mes examens cliniques [...] je préfère être sûre de bien le marquer dans mon observation pour me couvrir entre guillemets. Qu'après je sois rassurée par mon observation plus tard, si jamais il y a des soucis. » (39)

« Et moi je suis assez angoissée dans ma pratique, et tu vois, je vérifie dix fois mes prescriptions, je vérifie dix fois les choses, je prends énormément de temps. »

Investigatrice : « C'est depuis cet évènement là ? »

« Je pense que je l'étais déjà avant. Et que quand tu fais des fautes récupérables et qui n'ont pas d'impact, ça te permet d'être encore plus vigilant. Mais je suis une angoissée déjà à la base. Ce qui est difficile hein. C'est fatigant. [...] Je vérifie un peu trop souvent mes prescriptions » (46)

F. Les réactions des internes par rapport aux focus groupes

Tous les internes ont apprécié les focus groupes.

Nous avons observé une bienveillance et une empathie des uns envers les autres. Les participants avaient souvent tendance à rassurer l'interne narrateur en lui rappelant que son erreur n'avait pas eu de conséquence ou en essayant de relativiser sa part de responsabilité.

Ils procédaient toujours à l'analyse de la situation médicale, mais chaque fois avec un regard bienveillant.

Les internes sont également intervenus lorsque le narrateur avait souffert des échanges avec ses collègues. Ils prenaient le parti de l'interne et critiquaient les attitudes agressives auxquelles il avait dû faire face.

Quelques internes étaient intimidés ou gênés au moment de raconter leur erreur. Mais, une fois le récit commencé, et grâce à l'attitude bienveillante du groupe, cette retenue disparaissait rapidement.

Nous avons pu percevoir une solidarité entre les participants, à l'image probablement, de celle existant sur les terrains de stage.

FG3Int1 : « Je pense que ça m'aurait saoulé aussi. Te faire engueuler par l'ortho alors que c'est toi qui a un peu dénoué le problème c'est injuste. C'est un peu frustrant. » (9)

FG8Int1 : « C'est surtout qu'elle ne veut pas prendre ses responsabilités. TU as demandé de l'aide, un avis. L'avis a été mal donné, il n'y avait pas de communication [...] Il y a un manque de communication et de prise de responsabilités. Je pense que pour les PH c'est beaucoup plus simple de dire : "Oh c'est l'interne qui s'est trompé." Plutôt que de se dire : "Ah non, c'est vrai il m'a demandé. Et je ne lui ai pas répondu. » (38)

FG4Int4 : « on est dans un contexte hospitalier, donc beaucoup de monde aurait pu s'en rendre compte. Il y a : toi, le patient – il a ce médicament depuis des années – il y a les infirmières – qui pourraient se dire qu'un patient qui doit se faire opérer d'une AOMI sans antiagrégants c'est quand même bizarre – il y a des chefs qui auraient pu vérifier les prescriptions, enfin quand même. Tu n'es pas la seule à te tromper, il y a beaucoup de gens qui auraient pu te rattraper. » (18)

FG3Int3 : « Ce n'est pas toi qui est en tort, c'est l'organisation du service. »

FG3Int4 : « Sur le plan médico-légal, tu n'es pas en faute parce qu'il n'y avait pas de prescription finalement. »

FG3Int6 : « Sur le plan médical, ça ne remet pas tes compétences en cause. Sur le plan communication ça n'a peut-être pas été optimal à 100% mais ce n'est clairement pas de ton côté qu'est la faute. » (12)

FG3Int3 : « Tu peux examiner tout le monde et prendre ton temps, mais tu imagines si tu avais examiné tout le monde longtemps... Tu serais peut être passé à côté d'autres choses. Ce qui est important, et tu l'as fait, c'est de venir réévaluer. Et tu vois si ça a bougé ou pas. Donc je comprends complètement que tu t'en veuilles sur le retard... » (13)

G. L'impact de l'enseignement « Erreur médicale : analyse, impact, gestion » de l'université Paris Diderot sur les internes de médecine générale

Pour mémoire, l'université Paris Diderot a créé un enseignement destiné à ses internes de médecine générale intitulé : « Erreur médicale : analyse, impact, gestion. » [28]. Il est constitué de deux sessions. Une session « aller » principalement théorique, aborde les thèmes d'erreur, d'évènements indésirables, de communication et de soignant « seconde victime ». Bien que magistral, cet enseignement reste toutefois ouvert, et chaque interne peut intervenir pour poser une question ou développer un point de vue. Pour la session « retour », un mois après, chaque interne rédige une trace d'apprentissage sur une erreur médicale rencontrée, et en fait le récit en présence de tous, permettant une discussion ouverte entre internes et enseignants.

L'analyse des entretiens n'a pas permis de relever de différence significative entre les récits des internes ayant suivi l'enseignement et ceux qui ne l'avaient pas encore reçu.

Les internes n'ayant pas suivi l'enseignement – qui abordaient pour la première fois leur erreur devant un groupe – ont pu manifester une gêne au début de nos entretiens, mais celle-ci disparaissait très rapidement.

1. Un enseignement très apprécié

Le bénéfice de l'enseignement pour les internes interrogés était évident, la majorité d'entre eux ayant émis un avis positif.

Bien que certains internes apprécient le cours aller, qui est une séance plutôt théorique, la majorité préfère le cours retour, composé des récits des internes, racontant chacun l'erreur de leur choix.

1.1. Libérer la parole, déculpabiliser

Les internes apprécient que ce cours permette de libérer la parole autour de l'erreur.

Plusieurs d'entre eux ont fait part de leurs hésitations et de leur gêne – ressenties avant le cours – à évoquer leurs erreurs personnelles en public.

Mais ces craintes ont été, chaque fois, effacées au fur et à mesure de l'enseignement. Les internes apprécient de pouvoir se confier dans une ambiance bienveillante.

Ind5 : « Tu as l'impression que tout le monde va te regarder, que tu as fait la pire des choses et que tu es la seule à l'avoir faite. Et puis finalement on se rend compte que non. »

En effet, les internes apprécient de pouvoir parler ouvertement de l'erreur médicale. Le fait d'entendre les erreurs des autres participants permet de relativiser l'importance de ses propres erreurs et de les dédramatiser.

Ind5 : « Je trouvais que c'était bien, j'ai peut-être préféré le deuxième cours, parce que c'est un cours où on discute. C'est plus un thème où on discute, il ne faut pas un cours magistral et c'est bien parce que ce cours nous pousse à discuter. Je pense que c'est bien pour ceux qui peut-être n'en parlent pas. »

Ind1 : « Le cours permet de relativiser, parce qu'on est tous pareils, on fait tous des erreurs, il y a toujours pire que nous »

Ind5 : « Moi je trouvais que c'était bien que chacun raconte un peu ses traces, qu'on se rende compte que personne n'est super fort face à ce genre de choses, que quelle que soit notre pratique on peut faire des erreurs. Je pense qu'au contraire ça a permis de décompresser sur ce sujet là, parce qu'on sait que ça nous pend au nez. »

Les échanges entre participants pendant l'enseignement permettent de diminuer le sentiment de solitude des internes.

Ind5 : « Après le cours où chacun raconte sa trace et ses erreurs, tu te dis que tu n'es pas seule déjà. »

FG7Int2 : « Oui c'est ça. On démocratise, on banalise entre guillemets, pas en mal. C'est moins la fin du monde quand ça arrive parce qu'on a vu qu'on n'était pas les seuls. »

Plusieurs internes rapportent que raconter ses erreurs permet de se soulager d'un poids et d'apaiser sa culpabilité.

FG1Int2 : « Oui ça fait du bien de voir qu'on est pas tout seul à faire des erreurs. On se dit qu'il y a des erreurs pires que les nôtres, et que surtout tout le monde avait une erreur à raconter. Ça déculpabilise. On se sent moins seul. »

Ind4 : « Le moment où ils nous demandent ce qu'on a ressenti avant de raconter notre erreur et après : je me suis rendu compte que les réactions sont différentes. Pour moi je me sentais coupable au début, avec un peu de honte aussi. On garde ça pour nous. Et le fait de le raconter ça remet en question "Est ce que je suis un bon médecin ou pas ?" Et une fois qu'on raconte, moi ça me libère, je ne suis pas toute seule et ça, ça me soulage pas mal. »

FG7Int1 : « Ca a un côté..: Tu te décharges d'un poids. A la fin c'est un peu mélangé, tout le monde a raconté et tu sors : "Ah ça va mieux, fioou. »

1.2. Offrir un regard extérieur bienveillant

Le second cours est apprécié pour son caractère interactif et basé sur l'échange. Les internes apprécient de pouvoir parler à voix haute de leur erreur, d'avoir un regard sur celle-ci. Ils disent bien qu'ils acceptent que ce regard puisse être positif ou plus critique.

Ind1 : « le cours qui est fait à la fac est bien parce qu'on a tous raconté en petits groupes l'histoire et à force de la raconter c'est bien d'avoir un regard extérieur, des critiques négatives ou positives »

Mais toujours, les propos des internes ont été empathiques.

Ind1 : « c'est toujours bien d'en parler parce qu'on entend les commentaires des autres, que ce soit positif ou négatif. Comme "La patiente n'aurait pas dû parler comme ça ; j'aurais réagi comme toi." C'est plus souvent des messages de soutien, il y a rarement des critiques. »

1.3. Encourager un travail de réflexion

L'enseignement apporte aux internes des outils pour développer leurs réflexions.

Ind3 : « le premier cours était pas mal parce que ça nous donnait des pistes de réflexions, éventuellement des exemples de communication ou de réactions face à l'erreur médicale qui pouvaient nous servir »

Les internes apprécient le travail de réflexion et d'écriture qu'ils font en préparation du cours retour pour rédiger la trace d'apprentissage relatant leur erreur.

Ind1 : « Je pense qu'on peut en tirer des enseignements parce que rien que le fait d'écrire une trace, l'histoire c'est bien mais d'écrire sur papier les sentiments qu'on a eu et de se remettre en question, de se poser des questions, de regarder d'autres témoignages d'internes [...] Le fait d'écrire une trace là-dessus, c'est toujours positif parce qu'on remet l'histoire à plat, on essaie d'être neutre et puis quand on est tout seul dans sa tête on ne peut pas se mentir, on ne peut pas se dire : "J'ai fait une erreur mais je ne le dis à personne." Là on sait la vérité. »

Certains ayant même approfondi leurs recherches en puisant dans la littérature existante. Ce travail les a incités à lire sur ce sujet, à rechercher les récits d'autres internes...

Ind1 : Parce que j'ai regardé sur internet, j'ai regardé la thèse qui a été faite là...je ne me souviens plus du non de l'interne. »

Investigatrice : « C'est ce cours là, qui t'a amenée à chercher d'autres traces et la thèse d'Emily Vénus ? »

Ind1 : « Oui, parce qu'on devait faire une trace sur l'erreur et j'avais du mal à mettre des mots sur mes sentiments, parler de ma gêne, d'avoir été mal à l'aise... Et en lisant d'autres traces d'erreur, je me suis dit : "Ah oui, c'est ça ! Ils ont bien dégagé ce que je ressentais avec des mots plus adaptés. »

1.4.Faciliter les échanges à l'avenir

Les internes ont le sentiment que ce cours permettra de faciliter les discussion à l'avenir, en levant, au moins en partie, le tabou de l'erreur.

Investigatrice : « Tu penses que c'est plus facile de parler d'erreur après ce cours ? »

Ind5 : « Oui, c'est plus facile et ça te déculpabilise aussi. Parce que parfois je pense que tu as un peu honte de certaines erreurs, et je pense que c'est bien d'en parler. »

FG1Int1 : « Comme je disais tout à l'heure, je pense que c'est plus facile après ce cours d'oser parler de ses propres erreurs. »

FG7Int2 : «Le fait d'avoir ces cours sur l'erreur médicale, que les gens en parlent je trouve que c'est vachement bien. Parce que nous, une fois qu'on a été à ces cours là et on se dit qu'il faut et qu'on peut en parler. »

FG1Int1 : « Oui je pense que maintenant je serai plus volontaire pour en parler. On est gênés, on n'a pas envie d'être jugés donc on n'aime pas parler des erreurs. Mais là, maintenant que j'ai vu qu'on est tous dans le même bateau et que je ne suis pas seule à pouvoir me tromper, je pense que je parlerai plus facilement. »

Certains estiment même que cela leur permettra d'aborder l'erreur plus facilement sur le terrain, c'est-à-dire sur leurs lieux de stage.

Ind1 : « Mais je pense que si je fais une erreur ou si j'ai un doute, j'en parlerai plus rapidement à un chef. Là je n'étais pas allée spontanément vers un chef mais je sais que maintenant j'irai peut-être spontanément vers un chef. J'en parlerai plus facilement et plus franchement. »

FG7Int3 : « comme on aura été formés, on aura moins de problèmes. Alors que nos chefs n'ont pas été formés. On voit la différence entre les jeunes chefs et les vieux chefs. Les jeunes chefs, on peut davantage parler avec eux. Quand on fait une erreur, ils viennent nous demander si ça va. »

2. Quelques points négatifs : des améliorations possibles

Quelques internes, en revanche, n'ont pas été aussi enthousiastes vis-à-vis de cet enseignement. Certains regrettent le caractère obligatoire du cours et la première partie trop scolaire, trop théorique :

Ind2 : « c'est vraiment ce côté obligatoire, hyper scolaire des cours qui m'ennuie surtout. La partie théorique sur l'erreur médicale, c'est du déjà vu, c'est enfoncer des portes ouvertes, ça ne sert à rien. [...] si je devais choisir entre le premier et le deuxième cours, je préfère le deuxième. »

Ind5 : « Alors, le premier cours, sur les trucs généraux, c'est un peu impersonnel. »

FG1Int3 : « Bah c'est plus... théorique. Ca m'a moins intéressée que la deuxième partie. Les trucs théoriques ont les connaît déjà un peu... comment parler, etc. Mais le problème c'est la pratique. En stage c'est rarement comme le voudrait la théorie et ça ne

dépend pas que de nous. Quand t'es avec un chef qui s'en fout, la théorie ne te sert pas trop. »

Bien que la réflexion par le travail d'écriture soit appréciée, le cours retour a été jugé parfois trop superficiel dans l'analyse des situations racontées :

Ind3 : « ça m'a obligée à mettre sur papier mon expérience, ça m'a permis de réfléchir à ce que j'aurais voulu dans cette situation pour que ça se passe mieux [...] on n'a pas été aidés en fait, ok il y a plein de pistes de réflexions mais c'est quoi ? Je m'attendais à ce qu'ils nous aident un peu plus à analyser ce qui s'était passé et à nous aider à comprendre mais au final on a juste tous lu nos histoires. [...] j'aurais aimé qu'ils nous donnent un petit peu plus de pistes, pour que, nous, on soit un peu plus préparés pour faire face à une erreur médicale. »

FG7Int4 : « Moi je ne suis pas convaincue de l'intérêt de la discussion pour tout. J'ai l'impression que c'est du blabla. C'est bien d'extérioriser, pour te soulager toi-même. Mais ça t'apporte quoi d'entendre les histoires des autres. Tu es capable de savoir ce que tu aurais dû faire et ce que tu devras faire la prochaine fois. Tu vois il te suffit de regarder dans le Vidal, tu as la réponse. Donc pour moi tous ces cours là c'est superflu, je n'ai pas l'impression d'en avoir besoin. »

3. Le souhait que cet enseignement perdure

Bien que de rares internes n'adhèrent pas à cette forme d'enseignement, la majorité d'entre eux sont très satisfaits car cela leur apporte un regard différent sur l'erreur et ils souhaitent que cet enseignement perdure :

Ind4 : « ce cours est utile, c'est utile de parler de l'erreur médicale parce que plus on en parle plus ça nous fait réfléchir, le regard qu'on porte après n'est pas le même. Je pense que ça permet de canaliser un peu la culpabilité, de prévenir d'autres erreurs, de parler, de changer les choses »

Ind4 : c'est intéressant de parler de l'erreur médicale. Je pense que c'est important de continuer à faire ce cours. »

FG1Int2 : « Non, c'était bien ce cours ! Faut continuer. »

H. Les propositions des internes pour améliorer la discussion autour de l'erreur

Plusieurs modalités d'échanges et de discussion autour de l'erreur ont été abordées avec les internes au cours des entretiens. Des concepts tels qu'un blog où raconter son histoire, ou bien un numéro de téléphone dédié « SOS erreurs médicales » – à composer pour se confier au sujet d'une erreur – ont été évoqués mais les internes ne semblent pas y adhérer.

1. Le besoin d'un suivi psychologique

Plusieurs internes ont exprimé le souhait – voire le besoin – d'avoir un suivi psychologique au cours de leurs études. Leurs mots traduisent des difficultés, une angoisse ou une souffrance pour laquelle ils ne reçoivent pas toujours de soutien sur leurs lieux de stages.

Ils sont désireux d'avoir un suivi psychologique, basé sur le volontariat mais qui leur soit proposé de façon systématique et régulière au cours de leurs études. Cela leur permettrait d'appriivoiser progressivement ce genre d'échanges et de dépasser leurs difficultés à se confier pour pouvoir ensuite parler de ce qui leur pèse au quotidien.

FG7Int2 : « Il faut qu'on arrête de prendre l'interne pour une machine à faire du boulot et qu'on se pose... Juste être disponible aussi dans un but psychologique. »

FG8Int1 : « Moi je pense qu'on devrait être vus par des psychologues. Au moins une fois par semestre. [...] Systématiquement. »

FG8Int3 : « On ne nous a jamais proposé depuis l'externat de voir un psychologue. Jamais. »

Dr Galam : « Mais à titre systématique, pas que en situation d'erreur ? »

FG8Int1, 3 et 2 : « Ah oui, en général. »

Dr Galam : « Pourquoi ? »

FG8Int1 : « Parce qu'on se sent seuls, on est face à beaucoup de responsabilités. On est jeunes. Je pense que c'est quand même super dur, il y a beaucoup de choses qui se passent. On est laissés seuls avec nous même. En plus, au niveau familial, je ne sais pas comment c'est chez vous, mais c'est quand même assez difficile d'en parler. De dire : "Ouf je n'en plus." Parce que dans ce cas tes parents te disent : "Mais tu es médecin !" Ils sont super fiers de toi. Du coup tu ne peux pas dire : "J'ai merdé." Tu ne peux pas le dire. Ça ne rentre pas dans... »

FG8Int3 : « C'est ce que je disais. Ça ne rentre pas. Les médecins sont infailibles ! »

FG8Int2 : « Ça leur fait trop peur ! On ne peut pas leur parler des erreurs, ça leur fait trop peur. »

FG8Int1 : « Du coup, parler avec quelqu'un, avec un psychologue qui nous donne des techniques... je n'en sais rien. Mais systématiquement. Parce que sinon on ne le fera pas parce qu'on n'a jamais le temps ! Parce que déjà la visite médicale on ne l'a jamais eue. »

Dr Galam : « Vous aimeriez avoir ça tous les combien ? »

Ensemble : « Une fois par semestre. » [...]

FG8Int2 : « Je pense que ce serait bien mais il faudrait nous habituer dès le début. Parce que, tout d'un coup, nous dire d'y aller ça serait un peu difficile. Mais nous habituer dès le début. »

FG8Int1 : « Se dévoiler c'est assez difficile. »

FG8Int3 : « On éviterait comme ça des burn out. Je vous rappelle que les burn out chez les internes, ça existe. »

FG8Int1 : « Oui, pour un dépistage.[...] Il y a un suicide par semestre. On n'est pas dépistés. On est laissés dans la merde. »

FG8Int2 : « Déjà les gardes, juste le fait de repenser aux gardes et au téléphone qui sonne, tu sais cette angoisse... » [...]

FG8Int1 : « Moi j'ai voulu être aidée, parler, mais je n'ai pas eu de réponse. » [...]

FG8Int1 : « Pour en revenir au psychologue, je pense qu'il faut que ce soit obligatoire. Comme les rendez-vous chez le tuteur. »

FG8Int3 : « Exactement. »

FG8Int1 : « Une journée faite pour voir le psychologue. Et si tu veux tu lui dis : « Je n'ai pas besoin de vous. » Les gens qui ne veulent pas y aller c'est comme ils veulent. »

FG8Int2 : « Une visite systématique dans l'année.» [...]

FG8Int1 : « C'est drôle. Moi je suis espagnole. En Espagne, quand on commence l'internat, on a une vraie visite avec médecin du travail, psychologue... Ce n'est pas le PH que tu as connu en stage qui te signe le papier dans le couloir. Tu as vraiment une visite. »

Cette demande de suivi psychologique ne concerne pas, spécifiquement, la discussion autour de l'erreur, mais l'ensemble des situations difficiles vécues lors de leur exercice.

2. Un tuteur référent : des avis mitigés

D'autres mesures ont été évoquées comme la désignation d'un tuteur qui serait le référent à qui parler de l'erreur. Dans cette hypothèse, les internes souhaiteraient que ce tuteur soit désigné sur leurs lieux de stage et qu'il diffère de celui qu'ils ont au sein du DMG.

Mais la désignation d'un tuteur unique pose le problème de la relation interne-tuteur qui dépend beaucoup de la personnalité de chacun. Une incompatibilité pourrait parfois entraver la communication.

FG7Int4 : « Et que chacun ait un tuteur ou tutrice dans chaque stage ? »

FG7Int3 : « Oui ça c'est bien ça, il y avait un stage où on avait chacun son tuteur. Ça permet de pouvoir aller lui parler.»

Investigatrice : « Et il y a les tuteurs à la fac.»

FG7Int5 : « Oui mais moi j'ai un tuteur avec qui je ne m'entends pas. C'est une horreur. Je n'ose pas le contacter, je ne lui envoie pas mes traces, je ne vais pas aller lui parler de mes problèmes. »

Ind4 : « L'important c'est d'avoir un mécanisme auquel avoir accès quand on est en détresse, qu'on a fait une erreur médicale et qu'on cherche quelqu'un pour en parler, qu'on ne trouve pas. Peut-être que d'avoir quelqu'un à la fac ça serait utile, je ne sais pas. [...] parce que avec son tuteur on ne parle pas vraiment de ça. »

Ind1 : « le système de tuteur était bien. [...] Elle nous demandait régulièrement, 2 - 3 fois dans le stage, comment ça allait, si on avait eu des soucis. [...] la personne privilégiée à qui parler en cas de problème. Elle n'avait que 3-4 internes sous sa responsabilité. »

3. Des groupes de discussion entre soignants

Ce qui revient le plus est le souhait de pouvoir parler au sein d'un groupe de soignants, plutôt en petit effectif pour pouvoir se confier plus facilement.

Les internes apprécient les focus groupes que nous avons réalisés et souhaitent que des groupes de discussion de ce type soient organisés. Toutefois, ils aimeraient que cette démarche se fasse sur leurs lieux de stage avec les seniors et autres soignants (paramédicaux, etc.) Ils souhaitent qu'un temps soit spécialement dédié à ces échanges, afin de bien les différencier des « staffs » au cours desquels l'équipe discute plutôt de la prise en charge des patients.

Dans un premier temps, il serait nécessaire que ces groupes soient organisés de façon systématique afin d'appriivoiser ce genre d'échanges et de faire entrer la parole autour de l'erreur dans les mœurs.

FG7Int2 : « Même ce qu'on fait là, de parler et de réfléchir aux situations... de pouvoir parler. Parce que, vous je ne sais pas, mais moi dès qu'on se retrouve entre internes on est toujours en train de parler de ça. Des conneries qu'on fait ou des patients, et d'avoir des endroits pour en parler type Balint c'est bien. Mais il faudrait qu'il y ait aussi ça dans le service où on bosse. »

FG6Int5 : « Moi j'ai toujours pensé quand j'étais externe qu'on manquait de debriefing même psychologique [...]tu n'as pas le temps de parler avec ton interne ou ton chef qui sont aussi débordés. Mais après, quand on est interne, oui, des petites réunions dans le service, une heure pour débriefer de ce qui nous a posé problème. Je trouverais ça bien. [...] Oui genre une fois par mois. »

Dr Galam : « Et ça serait quoi la différence avec les staffs classiques ? »

FG6Int5 : « Ca serait pour parler vraiment de nos problèmes à nous. Ce n'est pas pour parler des patients, enfin on parle d'eux quand même. »[...]

FG6Int2 : « Un par mois c'est difficile à mettre en place... » [...]

FG6Int1 : « Il va y avoir tellement de personnes qui vont se pointer à cette réunion qu'ils n'auront que cinq minutes de paroles chacun. »

FG6Int5 : « Il faut aborder tous les sujets, avec les infirmiers, aides-soignants ça fait du monde. »

Dr Galam : « A la demande alors ? Un dispositif qui permettrait de dire j'ai quelque chose à dire et on organise une réunion... »

FG6Int2 : « Ca serait pour le coup difficile pour la personne de dire j'ai quelque chose à dire. »

Dr Galam : « L'idée de régulier ou à la demande, je ne vois pas qu'elle est la bonne méthode ? »

FG6Int2 : « Si c'est pour lancer, plutôt en régulier. »

Investigatrice : « Et sur demande par la suite ? »

FG6Int2 : « Voir comment ça se passe... Dans un premier temps, il vaut mieux lancer. Sinon les gens qui ne savent pas ce que c'est ne viendront pas. »

FG6Int5 : « Ensuite spontanément ça va désamorcer des petites choses et ça pourra peut-être se faire ensuite à la demande. »

Ind3 : « une réunion par mois... pour essayer de refaire le point, déjà ça habitue les gens à ouvrir le dialogue sur les choses. [...], si les gens ont l'habitude de parler des problèmes et des erreurs avec les autres membres de l'équipe, il y a probablement moins de sentiment de jugement, plus de discussion et de positif. [...] organiser de façon régulière des RMM soit des discussions de cas, de situations qui ont posé problème. »

Ind4 : « Il faudrait plus de RMM. [...] ça permet aussi de d'enlever la culpabilité, d'en parler. Ça fait réfléchir l'équipe ensemble, ça n'est pas une erreur que quelqu'un garde pour soi. Le fait d'en parler en équipe ça fait partager et parfois changer les choses. Mais ça n'est pas répandu dans les services que j'ai vus. »

Les internes intéressés par ces groupes de paroles soulignent que l'implication des seniors est indispensable à leur bonne réalisation.

Ils estiment nécessaire de sensibiliser les chefs à ces échanges, d'autant plus que la participation active des seniors, qui raconteraient également leurs erreurs, aiderait les internes à affronter les leurs.

Ind2 : « pour que ça marche vraiment, il faudrait que ce soit dans les deux sens. [...] si nous, on a des cours, je pense que eux [les seniors, NdA] ça ne serait pas mal qu'ils en aient aussi. »

Ind1 : « ça dépend des chefs [...] S'ils ne sont pas déjà engagés auprès des internes, on ne peut pas les sensibiliser. [...] Ceux qui n'en ont rien à faire des internes, c'est sûr qu'ils ne vont pas s'intéresser à nos erreurs.[...] Ils devraient plus savoir qu'il faut être attentif et réceptif en cas de problème avec un interne. Qu'ils puissent nous écouter et répondre à nos questions. »

Investigatrice : « Quand tu parles de l'idée de débriefing au staff, penses-tu que si les chefs parlent de leurs erreurs, ça aiderait les internes ? »

Ind1 : « Ah oui ! [...] savoir qu'on est tous égaux devant l'erreur même si peut-être qu'avec le temps on en fait moins. C'est bête mais peut-être que d'entendre le chef de service dire : "Je n'aurais pas dû faire ça." Ça va peut-être plus l'humaniser déjà et nous rassurer quand on fait des erreurs. Mais on peut se dire que ça peut arriver à tout le monde et relativiser un petit peu. Ça peut être bien de savoir que les plus vieux que soit font des erreurs quand même. »

Et même si, comme nous venons de le voir, les internes privilégient les discussions sur le terrain, ils comptent sur leur université pour développer ces échanges et libérer la parole. Certains évoquent même des sanctions que pourraient entreprendre la faculté à l'égard des seniors qui ne respecteraient pas cette démarche.

Ind3 : « il y a un premier pas qui peut se faire à la fac [...] si tu commences à t'habituer, quand tu es étudiant, à avoir des retours sur tes profs et des vraies évaluations qui veulent dire quelque chose sur ta pratique à toi, ça te paraît un peu plus normal peut-être de le faire aussi pendant ta pratique professionnelle [...] Je pense qu'après ça amène une démarche de questionnement, de remise en question de ce que tu fais, qui est pour l'instant à mon avis assez peu développée. »

Ind3 : « c'est aussi à la fac [...] de nous apprendre ce qui existe, de nous donner des clés, des pistes pour nous préparer et savoir comment on peut gérer notre exercice professionnel plus tard, au lieu d'avoir à tout découvrir sur le tard comme on fait. »

FG7Int3 : « La fac ne peut pas imposer les choses aux hôpitaux. Enfin si, elle pourrait dire : "On vous retire les internes si vous ne faites pas ces cours là." Imposer des bilans de mi-parcours. »

Ind3 : « qu'il y ait des sanctions qui s'organisent par rapport aux enseignants qui ne répondent pas du tout aux attentes des étudiants. Qu'il y ait un vrai feedback. »

IV- DISCUSSION

A. Les principaux résultats

Nous avons pu recueillir 47 récits d'erreurs.

La majorité des erreurs sont survenues au sein d'un service de médecine d'urgence. Bien que la plupart des récits concernent le milieu hospitalier, six abordent une situation d'erreur en médecine générale ambulatoire.

Vingt neuf récits concernent l'interne narrateur en personne, sept relatent l'erreur d'un collègue, et onze autres cas concernent l'équipe médicale dans son ensemble.

Les facteurs favorisant la survenue de l'erreur les plus fréquemment identifiés sont par ordre décroissant : une charge de travail importante, des outils et conditions de travail inadaptés et le manque d'expérience.

Les intervenants les plus souvent retrouvés dans les échanges sont, après l'interne narrateur lui-même : le sénior encadrant l'interne au moment de l'erreur (33 récits), les co-internes (24 récits), le patient (16 récits), un confrère spécialiste (16 récits,) puis l'équipe infirmière et l'entourage du patient (12 récits).

Plus de la moitié des récits relatent une situation médicale grave ou urgente.

Concernant la découverte de l'erreur, le soignant apprend parfois l'erreur lorsqu'un membre de l'équipe médicale assure son rôle de filtre, empêchant alors les dommages de survenir. Lorsque les dommages n'ont pu être évités, l'interne apprend généralement son erreur par le patient ou par un collègue, au hasard d'une conversation ou lors d'une annonce volontaire. Quelle que soit la situation, la découverte de l'erreur est un évènement toujours très brutal.

Par ailleurs, le fait qu'un collègue, conscient de l'erreur, n'en parle pas à l'interne concerné est également très mal vécu.

Lorsque l'interne prend conscience de son erreur avant son senior, deux attitudes sont observées. Il peut décider de la révéler, ou décider de ne rien dire. Les internes qui vont vers leurs séniors sont ceux qui ont besoin d'aide pour affronter la situation. Ceux qui ne disent rien avancent l'absence de conséquence comme argument, alors que les raisons inavouées sont la gêne et la honte ressenties.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux échanges qui surviennent plus tard, une fois la gestion de l'urgence achevée. La majorité des retours sur l'erreur ont lieu à l'initiative des

internes. Ceux-ci se tournent vers leurs seniors pour connaître leur part exacte de responsabilité, confier leurs angoisses et leur culpabilité, ou demander une réflexion en équipe.

Certains seniors adoptent alors une attitude bienveillante pour rassurer l'interne, et peuvent même évoquer leurs erreurs personnelles. Une démarche constructive de leur part, afin d'identifier les causes de l'erreur, peut également être observée. Pour cela, ils initient parfois une réflexion avec d'autres soignants allant jusqu'à l'élaboration de discussions en équipe comme les RMM.

En revanche, d'autres récits relatent des échanges totalement infructueux. Certains seniors ne tiennent pas compte des besoins des internes et les laissent seuls, sans réponse à leurs interrogations. On observe une absence totale de soutien et des attitudes très négatives telles que la colère, l'agressivité, des moqueries et des humiliations publiques. Certains seniors empêchent toute discussion constructive, et refusent de reconnaître leur responsabilité, allant même jusqu'à dissimuler la vérité. Dans quelques récits, une démarche constructive est entreprise, mais le manque de volonté réelle de tirer un enseignement de l'erreur aboutit à un échec.

Les échanges entre co-internes sont toujours bienveillants. Les internes se tournent vers eux pour leurs propos rassurants et leur empathie. Le fait de partager les mêmes expériences pendant leurs études semble créer une solidarité, chacun considérant qu'il aurait pu être à la place de l'autre. Contrairement à ce qu'ils attendent des seniors, les internes n'attendent pas de leurs co-internes une analyse approfondie de leur erreur.

Concernant les paramédicaux, nous avons pu observer une solidarité entre internes et paramédicaux, lorsqu'ils sont confrontés ensemble à une situation stressante.

Cependant, les difficultés pour affirmer leur autorité auprès des infirmiers et la peur d'être étiquetés « mauvais médecin » en cas d'erreur, reviennent fréquemment dans le discours des internes.

Enfin, nous n'avons jamais observé d'analyse réflexive entre médecins et paramédicaux. Dans certains récits, il n'y a pas d'échange car personne ne semble juger utile d'y réfléchir ensemble. Dans d'autres récits, les démarches entreprises sont anéanties par des dialogues conflictuels et des soignants sur la défensive.

Parler à un collègue de l'erreur dont celui-ci est responsable est toujours difficile. Les internes expriment le désir de ne pas être dans le jugement, et de ne pas blesser le collègue concerné, ce qui peut malheureusement freiner les échanges. Ils font généralement preuve d'empathie envers le collègue responsable, sauf lorsque celui-ci refuse d'assumer ses responsabilités.

Face à l'erreur, les internes sont envahis de multiples sentiments négatifs qui ne sont pas proportionnels à la gravité des conséquences pour le patient, ni à la responsabilité réelle de l'interne. La culpabilité est prédominante mais on observe également des ruminations persistantes, des doutes, de la gêne, de la peur, ainsi qu'une perte d'estime de soi.

Des sentiments tels que la honte, la solitude ou la colère peuvent davantage être liés au déroulement des échanges qu'à la survenue de l'erreur elle-même.

Les propos des internes mettent en évidence une ambivalence importante entre la volonté de parler de son erreur pour l'analyser, et le désir de taire ce moment difficile.

Les internes interrogés apprécient les manifestations de soutien de leurs seniors, notamment lorsque ceux-ci évoquent leurs erreurs personnelles, ou entreprennent une analyse productive de l'erreur.

Cependant, la majorité des internes ne sont pas satisfaits des échanges avec leurs seniors (54%).

Devant l'absence de soutien de leurs seniors, certains internes ont ressenti un sentiment de solitude intense. Les internes souffrent de devoir supporter des responsabilités trop lourdes et d'avoir l'obligation d'être infaillible. Ils ont parfois subi des attaques injustifiées et ont dû faire face à des seniors méprisants.

Malgré cela, certains internes font preuve de maturité et reconnaissent que leurs seniors peuvent eux aussi être épuisés et présenter des failles.

Enfin, lorsque l'on demande aux internes quelles sont leurs attentes concernant les échanges lors d'une situation d'erreur, ceux-ci ne parlent que de leurs seniors. Ils ont besoin de l'expérience de leurs aînés pour tirer un enseignement de leurs erreurs et définir leur part de responsabilité. Ils veulent se sentir encadrés lorsqu'ils font face à des situations difficiles à gérer. Étrangement, ils ne demandent pas d'empathie de leur part, mais ils souhaitent que les échanges soient respectueux.

L'analyse des entretiens n'a pas permis de relever de différence significative entre les récits des internes ayant suivi l'enseignement "Erreur médicale : analyse, impact gestion" et ceux qui ne l'avaient pas encore reçu.

Cependant, cet enseignement est en majorité très apprécié par les internes. Ils estiment qu'il permet de libérer la parole autour de l'erreur. Ils préfèrent la session retour, les récits d'erreurs entre internes leur permettant d'apaiser leur culpabilité, de se sentir moins seuls et de dédramatiser leurs erreurs.

Les internes souhaitent que ce genre d'échanges se développent, notamment sur leurs terrains de stage. Pour eux, l'implication des seniors dans ces démarches de réflexion est primordial. Enfin, ils sont demandeurs d'un suivi psychologique régulier pour les aider dans cette période difficile qu'est l'apprentissage du métier de médecin.

B. Forces et limites de l'étude

1. Forces de l'étude

1.1. Un sujet original

Les travaux s'intéressant à l'erreur médicale se multiplient. Ils nous apportent des éléments importants sur la prévalence de l'erreur, ses conséquences ou sur le vécu des médecins/internes qui s'y trouvent confrontés.

Cependant, l'erreur médicale reste un sujet tabou dans notre société. Il n'y a jamais eu de travail, en France, sur les échanges entre soignants au cours d'une erreur médicale.

Pourtant, il nous paraît indispensable de s'intéresser aux dialogues que peut susciter ce sujet si sensible.

Comme nous l'avons vu, la communication avec les patients victimes d'erreurs est actuellement « sous les projecteurs » et fait l'objet de recommandations officielles. Les échanges entre soignants, eux, restent dans l'ombre.

C'est là toute l'originalité de notre travail : la volonté de s'interroger, d'analyser et de mettre en lumière cette part d'ombre, si peu abordée.

Nous avons également analysé l'impact d'une formation actuellement proposée par l'Université Paris Diderot à ses internes. L'intérêt d'un enseignement universitaire sur l'erreur médicale a déjà été abordé dans la littérature, mais la particularité de notre travail est de s'intéresser à l'impact d'une formation dispensée au moment de notre étude. Les internes l'ayant reçue peu de temps avant les entretiens, cela a permis de recueillir leurs sentiments le plus spontanément possible, sans que le temps n'altère leurs souvenirs.

1.2. La méthodologie

Nous avons choisi une méthode de recueil combinant des entretiens individuels et des entretiens sous forme de focus groupes.

Les entretiens individuels, réalisés par moi-même, de façon semi-dirigée permettaient de créer un climat de confiance propice aux confidences. L'échange entre internes, d'égal à égal, permettait une parole libre et sans jugement. Ce climat de confiance était renforcé par l'introduction que je faisais de notre étude : en effet, expliquant ce qui m'avait motivée à réaliser ce travail, je racontais moi-même une situation d'erreur médicale à laquelle j'avais été confrontée lors de mon internat et les difficultés que j'avais alors ressenties. Enfin, j'organisais les entretiens de façon à ce qu'il n'y ait aucune limite de temps, l'interne était alors libre de s'exprimer et je pouvais sans contrainte procéder à des entretiens approfondis.

Les focus groupes, quant à eux; ont toujours été réalisés en petits groupes afin de créer un climat de confiance entre les participants. Ils ont permis des interactions très riches entre les internes, en abordant des questions ou certains aspects du sujet que nous – les investigateurs – n'aurions pas pensé à évoquer. Les réactions des internes vis-à-vis des récits des autres étaient alors une source supplémentaire de réflexions et de sentiments à analyser.

Cela permettait également d'éviter que nous n'influencions trop les réponses des étudiants. Je craignais au départ que la discussion en groupe nous empêche d'approfondir les questions autant qu'en entretien individuel. Cette méthode s'est avérée en réalité très enrichissante avec des échanges stimulants, et une bienveillance qui permettait tout de même aux internes d'aborder des sentiments très personnels.

Il est courant de voir des études alliant questionnaires et entretiens individuels ou questionnaires et focus groupes, mais l'association des deux types d'entretien est plus rare et participe à l'originalité de notre étude.

Enfin, l'analyse de l'ensemble des entretiens a été faite jusqu'à saturation des données à partir d'une retranscription rigoureuse des propos des internes.

Pour limiter autant que possible le biais lié à l'investigateur dans ce travail, j'ai veillé à ne m'entretenir qu'avec des internes inconnus, sans lien d'amitié ni de relation de travail antérieure entre eux et moi.

Les entretiens ont été également analysés par le directeur de thèse ce qui a permis une triangulation des données.

2- Limites de l'étude et difficultés rencontrées

2.1. Le biais de recrutement

La participation des internes étant basée sur le volontariat cela entraîne bien entendu un biais de recrutement. Nous pourrions supposer que les internes ayant participé à notre étude sont ceux qui ont été le plus marqués par leurs erreurs, ou ceux qui étaient le plus désireux d'échanger. Ces internes pourraient alors être davantage dans la verbalisation que les autres.

A l'inverse, nous pourrions envisager une autre hypothèse : les internes ayant participé, et qui ont donc osé parler, sont ceux qui étaient le moins impactés et le moins blessés par leur erreur.

Il est difficile de mesurer dans quel sens ce biais a pu influencer nos résultats.

Le biais de recrutement a peut-être pu être minimisé lors de la réalisation des focus groupes.

En effet, ces focus groupes étaient organisés au cours d'un enseignement universitaire qui consistait à parler d'erreurs en petits groupes. La présence des internes y était parfois obligatoire.

Ma présence et le but de notre étude leur était expliqués au début de chaque enseignement, alors que nous étions déjà tous réunis. Ce mode de recueil était donc plus spontané.

Bien que les internes aient été à chaque fois informés de la possibilité de refuser d'être enregistré et de participer au focus groupe servant à notre étude, nous n'avons observé qu'un seul refus.

L'interne en question a accepté de participer au focus groupe, mais n'a toutefois pas eu envie de raconter une histoire personnelle.

Nous pouvons supposer que cette méthode de recrutement, « à l'improviste » a permis de recruter des internes qui n'auraient peut-être pas été volontaires pour un entretien individuel programmé.

Le mode de recrutement pour les entretiens individuels était différent. Le fait de contacter les internes pour convenir d'un rendez-vous ultérieur n'a pas permis d'estomper ce biais. Bien que je n'ai pas essuyé de refus ferme de la part d'un interne, quelques uns, réticents, n'ont pas souhaité me rencontrer se justifiant par un manque de temps, d'autres ont pris rendez-vous mais ont annulé par la suite.

Nous pouvons supposer que ces internes auraient pu avoir des avis et des vécus différents des internes volontaires.

2.2. Le biais de mémorisation

Les récits des internes faisant appel à des souvenirs plus ou moins récents, il est possible que certains éléments ait été oubliés ou modifiés, volontairement ou non.

Certains internes le révèlent d'ailleurs dans leur récits en expliquant qu'ils ne se remémorent pas toujours tous les détails de leur histoire.

Toutefois, afin de permettre un recueil le plus riche et le plus précis possible, nous demandions toujours aux internes de réfléchir, avant les entretiens, à la situation d'erreur qu'il allaient raconter.

Cela était fait lors de l'échange téléphonique pour programmer les entretiens individuels ou lors de la présentation de notre travail au début des enseignements pour les focus groupes.

2.3. Le biais d'expression

Nous avons pu observer que le vécu d'une erreur était très souvent lié à un sentiment de gêne ou de honte qui transparaissait parfois au début des prises de paroles des internes, sans que cela ne persiste ensuite.

Il est tout à fait possible que ces sentiments aient influencé les narrations soit par gêne d'exposer son vécu aux regards d'autres internes inconnus, soit par gêne d'être enregistré.

Afin de minimiser ce biais, nous précisions systématiquement que leur anonymat serait garanti et lorsque cela était possible, je commençais par raconter une erreur me concernant, comme je l'expliquais précédemment.

2.4. Le biais d'investigation

Il est possible que les questions des investigateurs aient influencé les propos des internes. Nous avons tout de même essayé de ne pas être trop directifs pour garantir autant que possible la liberté d'expression des internes.

2.5. Le biais d'interprétation

Il est possible que les expériences personnelles, les représentations et les impressions des investigateurs aient influencé leurs interprétations lors de l'analyse des résultats, même si nous avons veillé à respecter du mieux possible ce que les internes exprimaient.

2.6. L'inexpérience de l'enquêteur

La réalisation d'entretiens, et de focus groupes notamment, était quelque chose que je n'avais jamais fait auparavant.

Avant de débiter nos rencontres avec les internes, j'ai effectué des recherches dans la littérature pour m'inspirer des entretiens retranscrits dans d'autres travaux. Mon directeur de thèse m'a également conseillée sur la façon de diriger ce type de recueil.

Toutefois, mon inexpérience dans le domaine a probablement influencé mes investigations et la conduite de nos entretiens.

2.7. Les différentes perceptions du concept d'erreur et la diversité des expériences évoquées

L'erreur médicale est encore difficile à définir, les frontières avec les événements indésirables et la notion de faute sont parfois floues.

Pour notre étude, nous avons précisé aux internes que nous souhaitions qu'ils évoquent une situation d'erreur médicale « avérée ou supposée ». Cette précision nous a paru indispensable. Le cœur de notre travail portant sur les échanges entre soignants, il était évident d'analyser les cas d'erreurs avérées mais nous considérons que les échanges lors d'erreurs supposées sont une richesse supplémentaire.

En effet, les internes font face au quotidien à des questionnements sur leurs compétences ou leurs limites et doivent en même temps faire leurs preuves. Au cours de son internat, il est fréquent de se demander si l'on a bien fait, si l'on est responsable de l'évolution défavorable d'un patient et la communication prend alors toute son importance.

Mais cette précision a pu dérouter nos intervenants et des récits très divers ont été faits. D'un point de vue extérieur, certains cas ne semblent pas relater d'erreur (ni avérée, ni supposée). Ces récits rapportent davantage des difficultés (de communication, etc.) Toutefois nous pouvons supposer que si les internes ont choisi de les raconter, c'est parce que le fait d'avoir rencontré ces difficultés a été perçu comme une mauvaise gestion de la situation et, donc, rapporté au fait d'avoir commis une erreur.

Cela a rendu l'analyse des résultats parfois plus difficile, les échanges et les ressentis pouvant énormément varier entre les situations.

Nous avons cependant considéré que chaque interne, chaque récit renfermait ses propres richesses et méritait toute notre attention.

2.8. Les difficultés de recrutement

Nous avons tout d'abord envisagé de ne réaliser que des focus groupes.

Le mail que nous avons envoyé aux internes était une façon de recruter le plus de participants possible pour y participer.

Toutefois n'ayant eu aucune réponse, nous avons dû revoir notre technique de recrutement.

J'ai alors contacté personnellement les internes qui avait participé à la session aller du cours « Erreur : analyse, impact, gestion » du 19 décembre 2013.

Voyant qu'il était difficile de former des groupes, du fait des emplois du temps de chacun, nous avons opté pour la réalisation d'entretiens individuels avec ces internes, contactés par téléphone.

Les focus groupes ont ensuite été organisés au cours d'enseignements portant sur le thème de l'erreur, ce qui permettait un recrutement plus facile.

Cependant, avec cette technique de recrutement, le temps dédié aux focus groupe a été parfois restreint. L'organisation de l'enseignement limitait le temps que nous pouvions consacrer à la réalisation du focus groupes. Certains entretiens n'ont pas permis d'approfondir autant que nous l'aurions souhaité tous les aspects de la question.

C. Comparaison avec la littérature

1. Le lieu de l'erreur et les facteurs favorisant

La majorité des erreurs évoquées par les internes ont eu lieu aux urgences.

Cela concorde avec les résultats de Vénus E. [27] qui retrouvait également ce service au premier rang par classement de fréquence, avec un taux de 26% des erreurs racontées.

Nos résultats concordent également avec ce que soulignaient Croskerry P et Sinclair D. [40] en 2001 concernant la médecine d'urgence : l'afflux excessif de patients, le nombre de décisions à prendre et la lourdeur de la tâche qui incombe aux médecins de ces services créent un environnement favorable aux erreurs.

Ceci corrobore aussi nos résultats concernant les facteurs favorisant l'erreur : le facteur le plus fréquemment retrouvé dans les récits de nos internes étant l'importance de la charge de travail. Dans notre étude, venaient ensuite les outils et conditions de travail inadaptés et en troisième position, le manque d'expérience. Or, au cours de l'internat de médecine générale, ce sont souvent les internes les plus jeunes qui effectuent le stage aux urgences, lors des premiers semestres de formation. Nous observons donc ici l'association de deux facteurs de risque – la

charge de travail inhérente à la médecine d'urgence et l'inexpérience des internes – pouvant expliquer la présence importante des services d'urgences dans notre étude.

Vénus E.[27] a constaté que la prédominance des services d'urgences dans les récits d'erreur ne concernaient que les urgences adultes. Les services d'urgences pédiatriques n'étant pas évoqués. Elle supposait, de par son expérience personnelle, que cela était lié à des seniors plus disponibles et une moindre autonomie de l'interne dans les décisions importantes.

Nous retrouvons également peu de récits en pédiatrie. Toutefois deux d'entre eux rapportent une absence d'encadrement de l'interne, obligé d'assumer des responsabilités trop lourdes pour lui. Nous ne pouvons cependant pas tirer de conclusion à partir de ces rares récits.

Une autre hypothèse possible, est que le stage d'urgences adultes est obligatoire pour tous les internes de médecine générale. En revanche, la maquette de validation du DES rend obligatoire la validation d'un stage en pédiatrie OU en gynécologie.

Statistiquement, il y a moins d'internes qui effectuent un stage en pédiatrie qu'aux urgences adultes et donc moins de probabilité que ce service figure dans les récits de nos internes.

Enfin, comme dans les recherches de Bismuth D. [41] qui a analysé les traces sur le thème de l'erreur médicale des internes de médecine générale de l'université Paris Diderot, le stage en médecine ambulatoire est le troisième lieu le plus fréquent après les urgences adultes et le stage de médecine.

En ce qui nous concerne, la majorité des internes interrogés étaient en troisième et quatrième semestres, c'est-à-dire en milieu d'internat. De par mon expérience personnelle, j'ai pu observer que la plupart des internes veillaient à valider les stages obligatoires en début d'internat (urgences adultes, médecine adulte, gynéco-pédiatrie, médecine ambulatoire).

Ceci peut expliquer pourquoi la majorité des erreurs racontées concernent ces services. Il ne nous est pas possible à notre échelle de savoir si ces services sont sujets à davantage d'erreurs ou si cela est dû à un biais de recrutement.

2. Des spécificités médecine hospitalière – médecine de ville ?

Vénus E. [27] déplorait de ne pas avoir pu approfondir les différences entre les expériences vécues par les internes en stages hospitaliers et ceux qui étaient en médecine ambulatoire, notamment concernant la relation médecin-malade.

Notre étude a permis de recueillir 6 récits d'erreurs en médecine de ville (5 en stage de médecine ambulatoire et une au cours d'un remplacement de médecine générale).

Nous n'avons pas constaté de différence importante entre ces récits et ceux des erreurs en services hospitaliers.

La relation médecin-malade est très variée. Elle va d'un patient compréhensif appréciant que le médecin parle de son erreur à un patient agressif, même en l'absence d'erreur. La nature et l'ancienneté de la relation entre le patient et le maître de stage n'ont pas forcément d'impact. Certains patients sont suivis ponctuellement, d'autre régulièrement et il n'y a pas de corrélation entre l'ancienneté de la relation et le déroulement des échanges.

Nous observons que les demandes d'avis spécialisés et les échanges entre collègues (pharmaciens) se font par voie téléphonique, ce qui peut être reconnu comme une particularité liée à la médecine de ville. Ces récits d'erreur en médecine ambulatoire abordent les difficultés liées à ce mode de communication (perte d'information, barrière supplémentaire lors d'un échange conflictuel). Cela s'observe dans le récit 4 où l'interne et le maître de stage prennent l'avis d'un cardiologue. Ce dernier établit la conduite à tenir en se basant sur l'âge du patient sans connaître son autonomie. Dans le récit 20, la pharmacienne appelle l'interne, en consultation et lui assène des reproches extrêmement virulents.

La voie téléphonique est de toute évidence la plus utilisée par les médecins généralistes lorsqu'ils ont besoin d'un avis rapidement. Nos entretiens reflètent cette particularité mais ce mode de communication et ses limites se rencontrent également en milieu hospitalier.

Enfin, on observe que dans chaque récit le maître de stage est « présent » : soit physiquement pendant la consultation, soit par téléphone lorsque l'interne se sent dépassé et lui demande son aide, soit après la consultation lorsque l'interne lui fait part des difficultés rencontrées.

Le stage en médecine ambulatoire conduit parfois l'interne à avoir une grande autonomie, selon les souhaits des maîtres de stages et des étudiants. Nous aurions pu nous attendre à ce que les maîtres de stage soient moins présents dans les récits mais les internes ont pu les solliciter à chaque fois.

Nous relevons en revanche une exception dans le récit 14 au cours duquel l'interne est en supervision directe, c'est-à-dire qu'il consulte sous les yeux de son maître de stage. Ce dernier n'intervient pas lorsque l'interne se trompe lors de l'examen clinique mais en rit par la suite, entraînant un mal-être important chez son étudiant.

Comme pour les expériences hospitalières, l'interne fait donc face en médecine ambulatoire à des patients agressifs ou compréhensifs, des collègues aidants ou méprisants, des seniors encadrants ou humiliants sans que d'importantes disparités aient pu être relevées.

3. Révéler ses erreurs à ses pairs : un dilemme

Nous avons constaté que l'interne révèle son erreur au senior lorsqu'il a besoin de son aide (pour la suite de la prise en charge médicale ou pour avoir son soutien lors de l'annonce de l'erreur au patient par exemple).

Parmi les récits recueillis, il n'y a aucune erreur dénuée de conséquence qui ait été révélée volontairement au senior.

Les internes n'ayant pas révélé leurs erreurs ont avancé l'absence de conséquence comme argument. Toutefois, nous avons observé à travers leurs propos que les sentiments négatifs tels que la gêne ou la honte sont probablement ce qui a en réalité freiné le plus cette révélation. Devant l'absence de conséquences, les internes ont alors fait le choix, compréhensible, de ne pas passer outre ces sentiments.

Nous constatons que parler de ses erreurs est difficile, qu'elles aient eu des conséquences ou non. Les internes font alors face à un dilemme, partagés voire torturés entre la volonté de se confier, d'analyser l'erreur, de connaître leur part réelle de responsabilité et le désir de taire ce moment difficile qui abîme l'image qu'ils se font d'eux-mêmes en tant que soignant.

Ces sentiments sont également retrouvés chez les médecins généralistes interrogés par Adouani M. en 2010 [42] : les résistances à déclarer leurs erreurs médicales étaient principalement l'impact émotionnel de celles-ci et les sentiments négatifs qui en découlaient (culpabilité, dévalorisation, complexes...), mais également la crainte des critiques de leurs pairs, la peur de la stigmatisation et des poursuites judiciaires.

Pourtant ces médecins estimaient, eux aussi, que déclarer leurs erreurs permettrait d'optimiser leurs pratiques, d'éviter les récurrences, de définir sa responsabilité et de se déculpabiliser.

Nous retrouvons donc des sentiments similaires dans ces deux populations, à la différence peut-être de la crainte des poursuites judiciaires qui est apparue chez quelques uns de nos internes mais qui n'a pas été identifiée spécifiquement comme un frein pour parler de ses erreurs. Peut-être parce qu'ils se sentent moins concernés par les conséquences judiciaires qu'un médecin généraliste installé, du fait de leur statut d'étudiant.

Savage C. [43] qui a aussi interrogé des médecins généralistes retrouve ces notions. Pour les médecins de son étude, la parole permettrait une meilleure analyse de l'erreur, tout en permettant de se déculpabiliser, de se rassurer et de diminuer la solitude.

Les internes et les médecins généralistes installés partagent le même point de vue et ont les mêmes attentes à ce sujet. Nous pouvons donc supposer que les seniors en milieu hospitalier sont concernés eux aussi.

Si toutes ces personnes partagent, peut-être sans le savoir, les mêmes attentes quant à la parole autour de l'erreur, nous pouvons estimer que c'est extrêmement encourageant. Ce sont des bases qu'il faut exploiter afin d'enrichir la communication autour de l'erreur et lever les tabous encore bien trop écrasants.

Malgré cela, nous avons observé que ce sont plus souvent les internes qui ont sollicité leurs seniors pour parler de leurs erreurs que l'inverse.

Or, les seniors ont un devoir d'enseignement et d'encadrement des internes. Parler d'erreurs médicales à leurs internes ne serait-il pas une partie importante de cet enseignement ?

Un des internes rapporte d'ailleurs les propos de son senior au sujet d'une erreur « *C'est comme ça qu'on apprend...* ». Si l'erreur permet d'apprendre, ce n'est pas seulement parce qu'elle survient mais surtout grâce au travail d'analyse que l'on peut en faire. Et c'est exactement ce que les internes interrogés attendent de leurs seniors.

Il peut paraître surprenant que les internes n'expriment pas un désir d'empathie de la part de leurs aînés. Ce qui compte pour eux est que leurs seniors, qui disposent d'une expérience plus importante, leur apportent une analyse de leurs erreurs et les aident à en tirer cet enseignement.

Les internes ne souhaitent pas que l'on minimise leur responsabilité, ils ont besoin de franchise et d'objectivité de la part de leurs chefs. Certains internes ont même affirmé qu'ils préfèrent être sanctionnés plutôt que de voir leur erreur minimisée ou éludée.

Cela rejoint les résultats de Kroll L. [44] qui a montré que minimiser les erreurs des internes fermait la discussion et ne permettait pas d'avancer.

Si l'empathie ne semble pas indispensable, les internes ont besoin que ces échanges aient lieu lors d'un moment dédié et qu'ils soient empreints de respect.

4. La communication entre internes et paramédicaux

Nous avons pu étudier quelques échanges entre internes et paramédicaux.

Dans les situations ayant impliqué à la fois des médecins (internes et/ou seniors) et des paramédicaux avec échec du rôle de filtre de chacun, il n'y a pas eu d'échange pluridisciplinaire ni d'analyse systémique de l'erreur. Chacun « gère » de son côté l'erreur et ses conséquences.

Les échanges médecins-infirmiers n'ont donc pas porté sur l'analyse de l'erreur, ou alors très ponctuellement et uniquement avec les cadres infirmiers. La seule situation d'erreur ayant conduit à un débriefing avec participation des médecins, des cadres et des paramédicaux a

d'ailleurs été qualifiée de « *pugila* » par l'interne narrateur et a abouti à une dégradation des relations de travail par la suite.

Bien que l'on ait pu observer une solidarité entre infirmiers et internes dans certains récits, nous retrouvons également chez nos internes une pression concernant les échanges avec eux. Cela est dû au sentiment de devoir faire des efforts pour imposer ses décisions et asseoir son autorité ainsi qu'à la crainte d'être définitivement catalogué « mauvais médecin » en cas d'erreur.

Toutefois notre étude qualitative sur un petit échantillon ne peut pas être considérée comme représentative et il serait utile d'analyser de façon plus spécifique les relations entre paramédicaux et médecins lors d'une erreur médicale.

Les études faisant participer les paramédicaux sont plus rares que celles interrogeant les médecins. [48]

Cependant, une étude de 2006 [46] a montré que les infirmières interrogées étaient volontaires pour effectuer le signalement d'erreur les concernant, mais qu'elles considéraient qu'elles n'avaient pas à signaler les erreurs commises par les médecins ou celles survenues dans des domaines qui ne se rattachaient pas à leur champ de compétences. Il faut préciser que cette étude a été faite dans des institutions canadiennes où le rôle de report des erreurs dans leur globalité leur incombait. Les auteurs y voient l'illustration de l'individualisme des professions de santé et soulignent qu'un système basé sur la responsabilité collective n'est pas encore d'actualité.

Une étude, réalisée au SimulHUG de Genève 2015 par Policart F. [47] a montré que des exercices de simulation de médecine d'urgence suivis de débriefing pluri-professionnels (médecins et IDE) permettaient une meilleure compréhension des contraintes et ressentis de ses collègues, une meilleure définition de la place de chacun et un travail sur la dynamique d'équipe face à l'erreur. Ainsi la pratique réflexive en groupes pluri-professionnel conduit les participants à développer davantage de tolérance et de confiance, et améliore la cohésion d'une équipe.

Ces études mettent des mots sur la complexité de la relation médecin-paramédicaux et le poids des perceptions, souvent tues, de chacun. C'est pourtant la complexité même de cette collaboration qui assure des soins de qualité au patient, chacun apportant ses compétences spécifiques mais ne pouvant fonctionner sans celles de l'autre.

Le statut d'étudiant des internes, apporte une complexité supplémentaire : ces médecins en formation ont un rôle de leader à affirmer vis-à-vis de l'équipe paramédicale, qui attend d'eux de prendre les bonnes décisions pour la prise en charge du patient. Mais les internes se

retrouvent alors parfois à devoir « diriger » des paramédicaux plus âgés qu’eux, avec souvent bien plus d’années d’expériences voire des connaissances supérieures aux leurs concernant les pratiques courantes dans le service. Asseoir son autorité au moment où l’on découvre l’ampleur de ses limites est une tâche ardue.

Enfin, les internes changeant de terrain de stage tous les six mois, il leur est difficile de développer en si peu de temps une connaissance approfondie de chacun de leurs collègues et d’établir une relation de confiance solide entre eux.

L’interne « de passage » ne peut donc pas développer les attitudes réflexives d’un service qui serait défaillant à ce sujet.

C’est alors à l’institution et aux seniors du service de veiller à créer cet état d’esprit et c’est ce qui a parfois manqué dans les récits recueillis.

5. Le soutien entre co-internes : un sentiment d’appartenance sociale ?

Tout comme dans les résultats de Vénus E. [27], les co-internes arrivent en seconde place (43%) dans les échanges, après le senior référent (57%).

Nous avons observé que les attentes envers les co-internes sont différentes de celles envers les seniors.

Les internes se tournent vers leurs co-internes très rarement pour un conseil médical, et principalement pour être rassurés, non pas vis-à-vis de leur responsabilité dans l’incident mais par rapport au fait que cela ne les dévalorise pas. En effet, en parlant avec leurs co-internes, ils réalisent qu’eux aussi se sentent concernés et pensent que cela aurait pu leur arriver. Ils peuvent ainsi parler de leur erreur sans recevoir de jugement négatif et sans voir leurs compétences d’internes rabaissées.

Contrairement à ce qu’ils espèrent des seniors, ils n’attendent pas une analyse critique de leur erreur, ni d’enseignement mais ils vont chercher l’empathie qui les apaisera. L’échange d’égal à égal avec des individus ayant le même statut, la même « inexpérience », les mêmes difficultés permettra de se sentir compris.

Ceci explique que, dans de nombreux récits, l’interne se dirige à la fois vers son senior et vers ses co-internes, l’attente étant différente, l’un ne pouvant suppléer l’autre.

Cette attitude bienveillante décrite dans les entretiens a pu également être constatée au cours des focus groupes.

Nous pouvons donc conclure que cette solidarité n’existe pas uniquement entre les internes d’un même service ou de la même institution. Ceci aurait pu s’expliquer par les relations de

travail tissées au fil des mois et l'impact des difficultés affrontées ensemble. Cette empathie s'observe également de façon très naturelle et spontanée entre les internes participants aux focus groupes, qui pour la plupart d'entre eux ne se connaissaient pas et n'avaient jamais été internes sur un même terrain de stage.

Nous pouvons supposer que c'est l'identité même des internes et par déduction leurs vécus similaires qui créent ce lien et cette cohésion.

Cela ressemble au sentiment d'appartenance sociale décrit par Rocher G. en 1968 [48] : *« Appartenir à une collectivité, c'est partager avec les autres membres assez d'idées ou de traits communs pour se reconnaître dans le « nous ».*

Ce sentiment entraîne des processus d'intercompréhension et de contagion émotionnelle, ainsi que des rapports de solidarité entre les membres du groupe. [49]

Ceci entre en opposition avec la notion d'individualisme évoquée au sujet des échanges avec les paramédicaux.

6. Les seniors au cœur des attentes des internes

Nous observons que les attentes formulées par les internes en matière de communication autour de l'erreur concernent toujours les seniors.

Ils n'expriment pas d'attentes envers les paramédicaux, peut-être car chacun « gère » de son côté. Ils n'expriment pas d'attente envers leurs co-internes comme si le soutien de ses semblables était une évidence.

Vénus E. [27] avait elle aussi constaté que lorsqu'elle demandait aux internes ce qu'ils avaient pensé du soutien reçu, ceux-ci ne parlaient que de celui apporté par leurs seniors.

Ceci concorde avec nos résultats qui nous ont conduits à nous concentrer sur les échanges internes-seniors lorsque nous avons cherché à déterminer si les internes avaient été satisfaits des échanges.

54% ont été insatisfaits de la nature des échanges alors que 32% en étaient contents.

Pour les internes restant (14%) soit leurs avis étaient mitigés du fait d'avoir fait face à des attitudes différentes de plusieurs seniors, soit la situation ne se prêtait pas à cette analyse.

Nos résultats sont en accord avec ceux de Vénus E. [27] qui avait demandé aux internes de son étude ce qu'ils avaient pensé du soutien reçu :

Sur les 59 internes ayant répondu avoir fait une erreur médicale, 29% des internes estimaient avoir été parfaitement soutenus, 14% moyennement soutenus, 3% faiblement soutenus. 27% ont estimé avoir un soutien nul et 27% ne pouvaient évaluer le soutien qu'ils avaient reçu.

Sur les 10 internes interrogés sous forme d'entretiens : le soutien apporté par les référents médicaux a été jugé insuffisant par 50% des internes, parfait par 30%, nul par 10% et inévaluable par 10% des interrogés.

Même si pour nos internes « qualité des échanges » ne signifie pas « soutien systématique » mais plutôt « critique constructive », nous pouvons rapprocher ces résultats.

Il nous faut toutefois souligner que Vénus E. s'intéressait spécifiquement au soutien reçu alors que nous avons analysé la satisfaction au regard des échanges dans leur ensemble.

Les internes de notre étude ont été insatisfaits lorsque les seniors ne leur apportaient pas de soutien, lorsqu'ils faisaient preuve de mépris ou d'agressivité envers eux, mais également lorsque le senior empêchait une réflexion constructive par fuite ou par minimisation.

Kroll L. [44] a montré les effets négatifs de la minimisation. Il a également montré que les humiliations subies par certains jeunes médecins les dissuadaient de révéler leurs erreurs à l'avenir.

7. L'impact sur les internes

Le sentiment prédominant et omniprésent chez les internes interrogés est la culpabilité.

Nous n'avons pas étudié la relation entre le caractère évitable de l'erreur et l'impact psychologique sur l'interne. Vénus E. [27] l'avait fait et n'avait pas trouvé de lien. Il en était de même par rapport au degré de responsabilité.

Ceci correspond à nos résultats : la culpabilité est le sentiment prédominant et ce quelle que soit la part de responsabilité de l'interne. Nous l'observons même lorsque l'erreur est celle d'un collègue ou en l'absence d'erreur.

Cela diffère des résultats d'Engel KG. [50] qui avait trouvé que plus les résidents de son étude avaient l'impression d'avoir une part de responsabilité, plus ils étaient affectés.

Une autre corrélation rapportée par E. Galam [16] et retrouvée par Bismuth D. [41] est la proportionnalité entre culpabilité et importance des dommages pour le patient. Ceci ne se reflète pas dans notre étude. Au contraire, plusieurs internes ressentaient des sentiments négatifs très forts même en l'absence de conséquence pour le patient.

Cela n'empêchait pas, qu'en l'absence de dommage pour le patient, les internes s'estiment « chanceux ». C'est d'ailleurs là le seul sentiment positif lié à l'erreur que l'on a pu recueillir.

Waterman AD. *et al.* [51] a interrogé des médecins de diverses spécialités. Il s'est intéressé notamment au ressenti au décours de « presque accidents » : un tiers des médecins étaient négativement affectés.

Nous voyons donc que ni le degré de responsabilité, ni les conséquences pour le patient, ni le caractère évitable de l'erreur ne peuvent, à eux seuls, déterminer l'impact qu'elle aura sur le soignant.

Les échanges entre soignants et la façon dont l'erreur va être « gérée » sur le lieu de travail ont un rôle important. Nous avons pu constater chez certains de nos internes, qu'une situation d'erreur à faible impact pour le patient, ou un « presque accident » sans débriefing peut avoir davantage d'impact psychologique négatif qu'une situation avec des conséquences plus lourdes pour le patient mais suite à laquelle une réelle gestion réflexive et un soutien auront été mis en place. [52]

En plus de la culpabilité, nous avons retrouvé de nombreux autres sentiments négatifs.

Ces émotions ont été rapportées dans plusieurs ouvrages comme celui de Galam E. « *L'erreur médicale, le burn out et le soignant.* » qui développe la position du soignant « seconde victime » [16]

Une revue de la littérature en 2010 incluant 24 études a relevé que les émotions ressenties par les soignants impliqués dans une erreur médicale étaient un sentiment de honte, la culpabilité, la peur, un sentiment de panique, l'humiliation, la perte de confiance en soi, etc. se répercutant sur la vie personnelle. [52] Tous ces sentiments ont été retrouvés chez nos internes.

Toutefois, mis à part pour les internes souffrant d'insomnies et d'anxiété persistantes, nous n'avons pas approfondi le retentissement sur la vie personnelle afin de ne pas s'éloigner de notre sujet.

Cette revue de la littérature identifie elle aussi un lien entre la sévérité de la charge émotionnelle et une mauvaise gestion de l'erreur par l'institution. A l'inverse, un soutien satisfaisant de la part des collègues a un effet positif sur l'impact émotionnel du soignant impliqué. Malheureusement dans notre étude, la majorité des internes ont été insatisfaits de la nature des échanges.

Nous pouvons supposer que cela participe à l'intensité des sentiments négatifs recueillis. et nous l'avons même constaté dans certains récits. Les sentiments négatifs tels que la colère, le sentiment d'injustice ou d'humiliation, la solitude sont directement liés à la nature des échanges avec les seniors.

C'est pourquoi nous avons essayé, quand cela était possible, de différencier les sentiments nés du seul fait de la survenue de l'erreur de ceux résultants des échanges entre soignants. Toutefois, les ressentis des internes étant si riches, les propos traduisant des émotions encore d'actualité et intriquées les unes parmi les autres, il a parfois été difficile de faire la part des choses.

Cette distinction n'était pas faite dans les études de Vénus E. [27] et de Bismuth D. [41] qui ont considéré ces émotions de façon globale, ne nous permettant pas de comparer nos résultats.

Enfin, Mizrahi T. [53] a décrit en 1984, trois mécanismes de défense face à l'erreur médicale : le déni, la minimisation et la prise de distance.

Nous ne les avons pas observés chez nos internes. Cela peut être dû à un biais de recrutement, les internes souhaitant s'exprimer sur leurs erreurs ne font probablement pas partie de ceux qui présentent ces mécanismes de défense. Toutefois, même les internes des focus groupes, témoignant de façon imprévue n'ont pas présenté ces sentiments. Mis à part peut-être l'interne du focus groupe 8 qui n'a pas souhaité s'exprimer : était-ce une manifestation de ces mécanismes de défense, que nous n'avons dans ce cas pas pu approfondir ?

8. L'annonce de l'erreur : toujours brutale pour l'interne

Nous avons constaté que l'annonce de son erreur par un tiers est toujours un moment brutal pour l'interne, qu'il l'apprenne au hasard d'une conversation, de façon plus volontaire, ou par le patient lui-même.

Parmi les internes interrogés, aucun n'a appris son erreur au cours d'un moment dédié à l'annonce et à la discussion.

Découvrir que l'on a pu créer des dommages à un patient, que l'on est faillible ou que l'on a pu se tromper sans s'en être rendu compte est un événement traumatisant pour les internes. Ce moment, déjà pénible, survient dans des conditions qui ne semblent pas optimales.

Tout au long des études de médecine, il est enseigné que les annonces difficiles doivent avoir lieu au calme, lors d'un moment dédié, avec la disponibilité nécessaire et les précautions de langages adaptées afin de ne pas ajouter de traumatismes au destinataire comme le préconise l'HAS dans ses recommandations sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle ou d'un dommage associé aux soins. [23, 54]

Ces éléments, pleins de bon sens, n'ont pas été retrouvés dans les annonces faites aux internes concernant leurs erreurs ajoutant un traumatisme supplémentaire.

9. Parler à nos pairs de leurs erreurs : plus difficile que parler de nos propres erreurs ?

Les auteurs qui abordent la révélation d'une erreur au collègue responsable soulignent la difficulté que cela peut représenter pour le soignant annonceur. [52, 55]

Les internes de notre étude ont pu exprimer une gêne et des difficultés au moment de parler de l'erreur d'un confrère. Ils ont la volonté de ne pas être dans le jugement, de ne pas blesser le collègue et souhaitent que celui-ci ne se sente pas acculé. Les internes s'identifient souvent à leurs collègues. Ces sentiments ont parfois été un frein à la discussion constructive.

C'est ce que l'on retrouve chez Gallagher TH *et al.* [55].

Il paraît évident que des propos blessants ou une absence d'empathie puissent entacher l'annonce de l'erreur à un collègue. Nous voyons que des précautions excessives et la peur de blesser peuvent également empêcher de mener à bien ces échanges.

Browdy H. [56] exprime les questions que l'on peut se poser face à une telle situation : comment gérer ? Doit-on placer notre collègue face à son erreur ? Si on choisit de ne pas le faire, comment peut-on continuer à travailler avec lui par la suite ?

Or, nous avons constaté que, lorsqu'ils commettent une erreur, les internes ressentent le besoin d'être soutenus et de parler avec leurs collègues pour analyser la situation et diminuer les sentiments négatifs.

Ne devrions-nous pas surmonter nos peurs et aller vers nos collègues ?

Si c'est ce que nous attendons des autres, ne devrions nous pas commencer par l'appliquer nous même ?

Newman MC. [57] a rapporté que sur 30 médecins confrontés à un cas hypothétique d'erreur médicale impliquant un collègue, seulement un tiers étaient prêts à fournir un soutien inconditionnel à leur collègue, même si tous sauf un reconnaissaient que leur collègue en avait besoin. Les autres médecins (soient deux tiers de l'échantillon) affirmaient qu'ils ne lui auraient fourni un soutien que s'il s'agissait d'un ami ou d'un proche collaborateur et uniquement s'il les sollicitait.

Asghari F. *et al.* [58] a recueilli 400 questionnaires remplis par des praticiens généralistes. Il les interrogeait à l'aide d'un cas clinique sur l'attitude qu'ils choisiraient lors de la découverte d'une erreur d'un confrère, selon la sévérité des conséquences pour le patient. Il a également

étudié ce que les participants attendraient de leurs collègues dans ces mêmes situations. La réponse la plus fréquente était de signaler l'erreur au confrère et de lui demander d'informer lui-même le patient ou sa famille (63% pour un « presque accident », 70% en cas de dommages pour le patient, 74.6% en cas de décès). Toutefois la proportion de médecins souhaitant que leurs pairs agissent ainsi envers eux était plus grande que celle des médecins prêts à faire de même pour un collègue (respectivement 92.7% ; 95% et 93%) Les auteurs n'évoquent pas la façon dont se dérouleraient les échanges.

Une revue de la littérature réalisée en 2010 par Seys D. *et al.* [59] a recueilli les recommandations de différents auteurs sur l'attitude à adopter pour parler à un confrère responsable d'une erreur : partager ses propres expériences d'erreur, être soutenant et répondre aux besoins du collègue impliqué, mettre l'accent sur la confiance qu'on lui attribue, le rassurer sur ses compétences professionnelles et son rôle dans la structure et apporter son soutien le plus tôt possible. Nous retrouvons ces conseils dans la fiche du Dr Amalberti à l'attention des médecins confrontés à une erreur médicale et à leurs collègues. [Annexe 3]

Les internes interrogés dans notre étude faisaient majoritairement preuve d'empathie envers les confrères confrontés à une erreur. Mais il n'y en avait aucune pour les collègues qui n'assumaient pas leurs responsabilités (mensonge, évitement...) ou lorsque l'erreur relevait d'un comportement irresponsable. Ceci nous mène à la frontière entre erreur et faute.

Cette notion est également décrite par Mazor KM. [60] du côté des seniors cette fois : son étude portant sur des cas d'erreurs commises par les internes, a montré que la capacité des internes à se remettre en question et à s'excuser comptait beaucoup dans la façon dont les enseignants les soutenaient par la suite et poursuivaient leur enseignement.

En 2009,. DesRoches CM. *et al* [61] a recueilli les réponses de 1891 médecins de spécialités et de lieux d'exercices différents concernant leurs opinions face à un collègue déficient ou incompetent. Plus d'un tiers d'entre eux ne sont pas d'accord avec le fait de devoir le signaler, allant à l'encontre de ce que le code d'Ethique de l'American Medical Association exige.

Parmi les 309 médecins qui avaient eu connaissance de la déficience ou de l'incompétence d'un collègue dans les trois dernières années, 67% l'avaient signalé aux autorités compétentes.

Les raisons invoquées par ceux n'ayant pas alerté l'institution sont principalement le fait de penser que quelqu'un d'autre va le faire (19%), l'impression que le signalement ne déclencherait rien (15%), la peur de représailles (12%), la croyance que ce signalement n'est pas de sa responsabilité (10%), la peur que le collègue soit excessivement puni (9%), le fait de

ne pas savoir comment le signaler et le fait de penser que cela aurait pu facilement leur arriver (8%).

Plusieurs auteurs soulignent le rôle des institutions [58, 62] et recommandent de demander leur aide lorsqu'un soignant éprouve des difficultés à traiter avec un confrère de l'erreur de ce dernier.

Les universités ont également un rôle à jouer dans ce domaine. Dans le cadre de cette thèse, nous avons analysé les réponses des internes à des questionnaires distribués lors de l'enseignement « De l'erreur médicale à la sécurité du patient », proposé annuellement depuis 2011 aux internes d'Ile de France au cours duquel les internes échangent également en petits groupes sur une situation d'erreur.

Avant de suivre l'enseignement, 6,7% des internes pensaient éviter autant que possible de parler à un collègue de son erreur, 40% jugeaient très difficile et 46% moyennement difficile d'en parler, 10% ne pensaient pas rencontrer de difficultés.

Après l'enseignement : aucun interne ne pensait qu'il éviterait d'en parler à son collègue. Seulement 28,21 % trouvaient encore très difficile et 51,28 % moyennement difficile d'en parler enfin, 20,51 % n'y voyaient alors pas de difficulté.

Ces résultats, certes sur faible échantillon, nous conduisent à penser que les enseignements facultaires peuvent diminuer les freins à parler de leurs erreurs à nos collègues.

10. « Hidden curriculum » et erreur médicale

Les publications concernant l'information du patient en cas d'erreur médicale sont de plus en plus fréquentes. Tout le monde s'accorde sur le fait que les soignants ont un devoir d'information vis-à-vis du patient victime.

En parallèle, de plus en plus d'universités et d'auteurs s'intéressent au « hidden curriculum ». Ce concept désigne la part « cachée » de l'enseignement. Ce n'est pas une part volontairement dissimulée, mais en opposition aux enseignements officiels universitaire, le « hidden curriculum » correspond à ce que les étudiants apprennent de façon moins formelle, par observation de leurs pairs et du système qui les entoure.

Si la société souhaite que les médecins et donc les internes, futurs médecins sachent comment exprimer leurs erreurs et en parler avec leurs patients, il est légitime de faire le lien avec cet « hidden curriculum » et ce que les internes observent de leurs seniors. Cela concerne la façon dont les seniors parlent de leurs propres erreurs et celle dont les échanges se font autour de

l'erreur d'un soignant. En effet, comment peut-on assumer ses erreurs face aux patients et attendre d'eux qu'ils acceptent que leurs médecins soient faillibles si nos pairs ne nous laissent pas parler de nos failles et nous méprisent en cas d'erreur ?

Une étude portant sur des résidents américains de plusieurs universités entre mai 2011 et juin 2012 a montré que fait d'être exposé à des modèles comportementaux négatifs des seniors (humiliation des étudiants, évitement des responsabilités...) est associé à une probabilité accrue de ne pas révéler ses propres erreurs. [63]

Galam E. [64] identifie, en effet, l'erreur médicale comme une part importante du cursus caché, soulignant qu'il existe une discordance importante entre une pratique chargée d'incertitude et à risque d'erreur et une culture de la perfection dans un domaine concurrentiel.

11. La fatalité

La majorité des médecins généralistes interrogés par Savage C. [43] éprouvaient un sentiment de fatalité de l'erreur dans leur pratique. C'est une notion que l'on a retrouvée chez quelques uns de nos internes, mais pour certains c'était une notion encore difficile à accepter. Bien qu'ils se sentent tous humains et faillibles, la notion de fatalité n'était pas formulée autant par nos internes que par les médecins généralistes de Savage C.

Cette « transition » entre internes et médecins confirmés illustre le fait que l'internat est une période au cours de laquelle l'interne, fort de ses connaissances théoriques, doit faire face aux difficultés inhérentes à la pratique de la médecine. Ils découvrent la souffrance, la mort, la peur, les responsabilités. C'est une période de transition au cours de laquelle l'interne intègre la fatalité de l'erreur. Cette étape de la formation est riche en enseignements mais également très lourde pour l'interne. Nous pouvons donc considérer que cette période d'initiation, de transition qu'est l'internat est probablement le meilleur moment pour sensibiliser les futurs médecins à la communication ouverte et constructive autour de l'erreur.

12. Des internes ouverts aux échanges

Que ce soit lors des entretiens individuels ou lors des focus groupes, les internes étaient ouverts aux échanges et, même si pour certains une gêne était palpable en début de séance, cela se dissipait et les internes étaient ensuite satisfaits de nos séances.

Ceci fait écho aux impressions des internes concernant le cours « Erreur médicale : analyse, impact, gestion ». Ils ont en effet majoritairement apprécié la session où chacun racontait son erreur aux autres.

Cette satisfaction de parler de ses erreurs se retrouve également chez les médecins généralistes interrogés par Savange C. [43] qui cite également des résultats identiques chez Teisserenc L. [65]

13. Avis sur le cours « Erreur médicale : analyse, impact, gestion »

L'enseignement de l'université Paris Diderot se base sur ce besoin d'échanges.

Les internes ont un avis majoritairement favorable et souhaitent que cet enseignement soit poursuivi. Ils apprécient le caractère interactif de l'enseignement, la relativisation et la dédramatisation qu'il apporte. Certains auraient apprécié que les situations d'erreurs racontées soient davantage analysées par l'enseignant afin de déterminer les conduites à tenir possibles dans ces situations.

Ces résultats concordent tout à fait avec les avis des internes recueillis après un autre enseignement sur l'erreur médicale « De l'erreur médicale à la sécurité du patient », proposé aux internes d'Ile de France.

Dans le cadre de cette thèse et conjointement avec un confrère également en cours de rédaction de thèse, nous avons analysé les réponses des internes aux questionnaires distribués présents lors de l'enseignement sous forme de pré et post tests. Ces résultats font partie d'une publication de Galam E. sur cet enseignement [66].

Ces internes appréciaient également « *le caractère pratique, interactif, la dédramatisation et la déculpabilisation* », les points d'amélioration désignés étaient : « *d'aborder plus la gestion des erreurs avec le patient, de proposer des conduites à tenir, de comporter plus d'exemples de médecins seniors, de mises en pratiques.* »

Nos internes n'ont pas évoqué le fait d'avoir davantage d'exemples d'erreurs de leurs seniors au cours de cet enseignement, mais c'est un souhait que l'on retrouve, de façon générale,

lorsqu'ils évoquent leurs besoins concernant la communication autour de l'erreur sur leurs terrains de stage. Ceci peut sans aucun doute être élargi aux enseignements en faculté.

D. Perspectives

Les internes ont un avis très favorable concernant le cours « Erreur médicale : analyse, impact, gestion. ». Cet enseignement est pour beaucoup d'entre eux la première occasion de parler ouvertement de leurs erreurs. Ils ont fait part de leur souhait de voir cet enseignement maintenu au sein du département de médecine générale.

Il est alors judicieux de s'interroger sur l'intérêt d'une introduction plus précoce de ce cours dans le cursus des étudiants.

Ceci a été évoqué dans la thèse de Bismuth D. [41]. Lorsque nous avons posé la question, les internes n'ont pas abondé dans ce sens. Pour eux, l'externat semblait trop tôt dans le cursus, craignant que les étudiants n'adhèrent pas, n'ayant pas été confrontés à cette situation.

Toutefois, nous n'avons pas pu interroger tous les internes à ce sujet, ce qui ne nous permet pas d'avoir un avis représentatif.

Il serait alors intéressant d'étudier les possibilités d'introduire un enseignement sur l'erreur médicale au cours de l'externat sans pour autant suivre le même fil conducteur. Une forme d'introduction, au cours de laquelle des enseignants pourraient évoquer leurs propres erreurs, et faire germer dans les esprits des plus jeunes la possibilité de s'exprimer librement lorsqu'ils y seront confrontés.

L'exposé de situations vécues par les enseignants a un impact plus important et transmet un message plus durable qu'un enseignement théorique classique [67].

Il pourrait être bénéfique que les enseignants parlent également de leurs erreurs lors de l'enseignement actuellement présenté aux internes.

Les internes souhaitent vivement l'élaboration d'un système d'échange autour de l'erreur sur leurs terrains de stage : des réunions en petits groupes, pluri-professionnels ou non, mais avec participation de leurs seniors où chacun évoquerait ses erreurs sans entrave.

Une organisation systématique au sein des services permettrait selon eux de se familiariser avec le fonctionnement et permettrait ensuite des réunions « sur demande », une fois le principe adopté.

Ce concept avait déjà été proposé par Klotz P. [68] en 1994. Vingt ans plus tard, les choses ne semblent pas avoir beaucoup bougé. Cependant, cela existe au Canada où une équipe de

Toronto a montré l'impact significatif et durable d'un enseignement centré sur les erreurs commises par les médecins du service [67].

C'est un concept encore différent des revues de morbidité et mortalité, également appréciées des internes, mais qui s'axent principalement sur les faits médicaux et non sur l'impact de l'erreur sur les patients ou les soignants [69].

Cette forme d'échanges s'apparente en partie à ce qui existe déjà en médecine libérale avec les groupes Balint [70].

Un besoin qu'ont également exprimé les internes est l'élaboration d'un suivi psychologique tout au long de leurs cursus. Ce désir ne se rattache pas spécifiquement à la gestion de l'erreur médicale, mais les étudiants en médecine sont confrontés jeunes à des situations marquantes, intenses et se retrouvent face à de lourdes responsabilités.

Ce besoin de soutien psychologique a également été évoqué par des médecins généralistes « aguerris » [71]. Un sur-risque suicidaire de 2.3 a été évalué chez des médecins généralistes en 2003 et il ne faut pas sous estimer le poids de « *la culture de l'invincibilité* » en médecine et particulièrement lors de la formation initiale comme le souligne E. Galam [72].

Plusieurs professions (forces de l'ordre, pilotes...) ont des entretiens réguliers avec des psychologues. Ceci n'existe pas dans le système de soins français. Cette demande paraît pourtant tout à fait légitime.

De plus en plus de travaux s'intéressent à l'équilibre psychologique des étudiants en médecine. Il est possible que cela éveille les consciences et aboutisse à davantage de soutien psychologique par des personnels compétents.

Notre étude n'a porté que sur des internes de médecine générale d'Ile de France. Il est légitime de penser que les expériences et les points de vue rencontrés sont partagés avec d'autres spécialités, d'autres universités. Des travaux complémentaires portant sur un échantillon plus large et varié permettraient de recueillir des résultats plus représentatifs des internes en général et auraient un poids supplémentaire pour en tirer des mesures concrètes.

Une autre façon d'aborder ce sujet, probablement très enrichissante, serait de donner la parole aux seniors : connaître leurs points de vue, leurs souhaits en termes de communication autour de l'erreur, etc. Ceci pourrait permettre d'aplanir certaines difficultés de compréhension entre internes et seniors. D'autant que nous avons observé que les internes savaient prendre du recul vis-à-vis des réactions de leurs supérieurs. Une compréhension mutuelle accrue pourrait conduire à davantage de confiance et de solidarité.

Cette hypothèse peut s'étendre aux relations interprofessionnelles et une étude portant sur le regard des différents soignants (internes, médecins, paramédicaux...) face à une même erreur médicale pourraient permettre de mieux comprendre les perceptions et attitudes de chacun et améliorer les échanges entre soignants.

L'étude de F. Policart F. [47] a déjà montré l'intérêt des simulations de situations d'urgence en groupes pluri-professionnels.

Le département de médecine générale de l'université Paris Diderot a développé un enseignement « ECOS erreur médicale » (Examen Clinique Objectif Structuré) qui s'appuie sur les techniques de simulation.

Des travaux sur le vécu de chaque soignant lors d'une situation d'erreur, simulée éventuellement mais réelle dans l'idéal, serait probablement très complexe à mettre en œuvre mais extrêmement riche en enseignements.

V- CONCLUSION

La survenue d'une erreur médicale est un traumatisme pour le patient victime, mais également pour le soignant impliqué qui devient alors la seconde victime.

La médecine devient, au fil du temps et des améliorations, une science de plus en plus pointue, avec des moyens diagnostiques toujours plus précis, des traitements de plus en plus performants.

Avec ceci, se développe, à juste titre, une exigence toujours plus grande quant à la qualité des soins de la part des patients et de la société.

Il n'y a pas ou peu de place dans la conscience collective pour l'erreur médicale. Elle fait peur, on la rejette. Au milieu de tout ça, le soignant humain et faillible doit trouver sa place.

L'erreur médicale est davantage abordée qu'il y a quelques années. Elle n'est plus niée ou ignorée mais on tente d'accepter sa présence inéluctable et de la gérer au mieux. On étudie sa prévalence et son impact économique, on établit des recommandations sur l'annonce au patient, on étudie le retentissement psychologique pour les soignants. Mais la communication entre eux au décours d'une erreur est encore délicate, difficile voire taboue.

Nous sommes tous, soignants, concernés par l'erreur : quelle que soit notre spécialité, médecins et paramédicaux, que nous soyons jeunes ou expérimentés, que nous souhaitons y faire face ou que nous préférions l'ignorer.

L'internat est un moment important dans la carrière d'un médecin. C'est le moment où il doit appliquer l'enseignement théorique accumulé depuis tant d'années. Mais c'est surtout une période où il découvre le poids des responsabilités et rencontre de nouvelles difficultés. L'interne se confronte alors à l'erreur, qu'elle soit avec ou sans conséquences, qu'elle soit la sienne ou celle d'un confrère voire même d'une équipe entière.

A travers ce travail, nous avons voulu donner la parole aux internes de médecine générale de l'université Paris Diderot et d'Ile-de-France afin d'étudier grâce à eux, les échanges qui se créent entre soignants dans une situation d'erreur médicale.

Notre étude a montré que si les internes sollicitaient plutôt facilement leurs seniors lorsqu'ils rencontrent une difficulté dans la prise en charge d'un patient, il est bien plus difficile pour eux de susciter une discussion au sujet d'une erreur avérée ou supposée.

Les internes ont dû faire face à la brutalité de la découverte de leur implication dans une erreur médicale. Apparaissent ensuite des sentiments négatifs lourds chez l'interne, communs à de nombreux soignants dans cette situation : culpabilité, ruminations persistantes, honte, solitude, perte de confiance en soi; etc.

A cela, peuvent s'ajouter d'autres souffrances, directement liées à la nature des échanges avec les pairs ou à l'absence même de communication : injustice, isolement, dévalorisation, etc.

Pourtant des collègues soutenant permettent au soignant de mieux gérer le retentissement d'une erreur.

Les internes interrogés attendent beaucoup de leurs seniors. Ils souhaitent que ceux-ci mettent à profit leur expérience pour analyser la situation, les aider à déterminer leur part de responsabilité et identifier les causes de l'erreur.

Ils ne veulent pas que leurs erreurs soient minimisées, ils n'attendent pas non plus d'empathie particulière mais requièrent le respect de leurs aînés même s'ils ont « échoué ».

C'est auprès de leurs co-internes qu'ils viennent spontanément chercher réassurance et empathie, comme une solidarité naturelle.

Cette solidarité peut parfois s'observer entre internes et paramédicaux, cependant des réactions de défense et un individualisme peut-être involontaire existent. La relation interprofessionnelle gagnerait à voir ces sentiments abordés et apaisés pour le patient comme pour le soignant.

Une gestion collective de l'erreur est plus que nécessaire.

Comment espérer tirer un enseignement de nos erreurs et les dévoiler de façon totalement loyale nos patients, si nous craignons encore les réactions de nos pairs ?

La façon dont les internes envisagent d'aborder l'erreur d'un collègue est encourageante. Tous semblent sensibles au respect et au non-jugement de l'autre.

Toutefois, la peur de blesser, la crainte d'altérer les relations et le fait de s'identifier à son collègue peuvent entraver les échanges. Le manque de formation à ce sujet peut également entretenir ces réticences.

Les institutions ont alors un rôle important pour promouvoir la gestion constructive et productive de l'erreur.

Nous ferons tous des erreurs. Les taire n'empêchera pas les erreurs futures de survenir. En revanche, les mettre en lumière et les analyser ensemble pourrait permettre de prévenir les récidives.

Ainsi, développer des concepts d'échanges sur les expériences d'erreurs de chacun, comme le souhaitent les internes, impliquant tous les soignants, permettraient une meilleure compréhension les uns des autres et seraient très riches en enseignements.

Les universités ont également un rôle à jouer. A l'image de l'enseignement « Erreur médicale : analyse, impact, gestion » de l'université Paris Diderot, apprécié par les internes, d'autres enseignements pourraient se développer pour libérer la parole et créer un esprit de tolérance et d'apprentissage de l'erreur chez les étudiants en médecine.

En améliorant la formation initiale, il est légitime d'espérer améliorer la communication autour de l'erreur chez les médecins de demain.

***« La seule véritable erreur est celle dont on ne retire aucun enseignement. »
John Powell***

BIBLIOGRAPHIE

1. Michel P, Minodier C, Lathelize M. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. Dossiers solidarité et santé 17. 2010 [en ligne] <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>. Consulté le 25 septembre 2016
2. Kohn L, Corrigan J, Donaldson MS. To Err is Human : Building a safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC), National Academy Press, 2000.
3. Hippocrate, Le serment d'Hippocrate.
4. Galam E. Dédramatiser et travailler nos erreurs. Rev Prat Med Gen. 2005 ; 19(33) : 377-80.
5. Galam E. Erreur médicale : à dédramatiser et travailler. Présentation du guide pédagogique d'une formation REPERES. Médecine. Nov 2009;5(9):410-14.
6. ANAES. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement. Janvier 2003. [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436574/fr/principes-methodologiques-pour-la-gestion-des-risques-en-etablissement-de-sante-janvier-2003. Consulté le 25 septembre 2016.
7. Allwood CM. Error detection processes in statistical problem solving. Cogn Sc 1984;8:413-37.
8. Rasmussen J. Risk management in a dynamic society. A modelling problem. Saf Sci 1997 ; 27(2-3):183-213.
9. Reason J. L'herreur humaine. Paris : Presses Universitaires de France; 1993.
10. Rizzo A, Bagnara S, Visilola M. Human error detection process. Int J Man-Mach Stud 1987;27:255-70.
11. HAS. Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Mars 2012. [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_gdr_pages1a64.pdf. Consulté le 25 septembre 2016.
12. HAS. Programme National pour la Sécurité des Patients. Février 2013. [en ligne] http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf. Consulté le 25 septembre 2016.
13. HAS. Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe. 2013. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe. Consulté le 25 septembre 2016.
14. HAS. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Novembre 2009. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/guide_rmm_juin_09.pdf. Consulté le 25 septembre 2016.

15. Prescrire Rédaction. Eviter l'Évitable-Tirer parti des erreurs pour mieux soigner. *Rev Prescrire* 2005;25 Suppl 267:S881-945.
16. Galam E. L'erreur médicale, le burnout et le soignant. Paris: Springer, 2012. 327 p.
17. Gallagher T, Mello M, Levinson W *et al.* Talking with patients about other clinicians' errors. *NEJM* 2013;(369:18) 1752-7.
18. Amalberti R. Critiques entre confrères : tout le monde en pâtit, et surtout le patient. *Concours médical*. 2014;136:66-9.
19. Wu AW. Medical error : the second victim. *BMJ*. 2000;320:726-7.
20. Chanelière M. Impact des événements indésirables sur la pratique des médecins généralistes. Etude qualitative auprès de 15 praticiens de la région Rhône-Alpes. Thèse de médecine. Université Lyon 1. 2005.
21. Nazione S, Pace K. An experimental study of medical error explanations : do apology, empathy, corrective action, and compensation alter intentions and attitudes ? *J. Health. Commun.* 2015; 20(12):1422-32.
22. Plu I, Dodet P, Bertaut S *et al.* Le médecin et la peur du procès. Enquête auprès de 139 généralistes en Côte d'Or. *Rev Prat Meg Gen* 2007;21:295-7
23. HAS. Annonce d'un dommage associé aux soins. Guide. Mars 2011. [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_4_pages.pdf. Consulté le 25 septembre 2016.
24. Hickson GB, Clayton EW, Githens PB, Sloan FA. Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. *JAMA* 1992;267:1359-63.
25. Galam E. Erreur médicale. De la seconde victime au premier acteur. *Médecine*. Sept 2012;8(7):317-22.
26. Venus E, Galam E, Aubert JP, Nougairede M. Medical errors reported by French general practitioners in training : results of a survey and individual interviews. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(4):279-86.
27. Venus E. L'erreur médicale : impact et gestion par les internes du département de médecine générale Paris Diderot. Analyse de 70 questionnaires et 10 entretiens. Université Paris Diderot. 2011.
28. Enseignement Paris Diderot : Erreur médicale : analyse, impact, gestion. [en ligne] [http://www.bichat-larib.com/programme.affichage.php?numero_etudiant=986&tab_etats\[menu_enseignements\]=](http://www.bichat-larib.com/programme.affichage.php?numero_etudiant=986&tab_etats[menu_enseignements]=). Consulté le 21 novembre 2013.
29. Teurnier E. Explorer le curriculum caché : une étude qualitative sur le professionnalisme. *Medecine*. 2015;11(9):407-9.
30. Kittmer T, Hoogenes J, Pemberton J, Cameron BH. Exploring the hidden curriculum : a qualitative analysis of clerks' reflections on professionalism in surgical clerkship. *Am J Surg*. 2013;205(4):426-33.
31. Flanagan JC. The critical incident technique. *Psychol Bull.* 1954 Jul;51(4):327-58.

32. Mezirow J. How critical reflection triggers transformative learning. In: Mezirow J, editor. *Fostering Critical Reflection in Adulthood : A Guide to Transformative and Emancipatory Learning*. San Fransisco:Jossey-Bass;1990.1-20.
33. Brookfield S. Using critical incidents to explore learner's assumptions. In: Mezirow J, editor. *Fostering Critical Reflection in Adulthood : A Guide to Transformative and Emancipatory Learning*. San Fransisco:Jossey-Bass;1990.177-93
34. Branch WT. Use of critical incidents reports in medical education. A perspective. *J Gen Intern Med*. 2005;(11):1063-7.
35. HAS. Evènement indésirable asocial aux soins (EIAS). Brochure. Octobre 2014. [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/eias_hors_ets_vd_1710.pdf. Consulté le 25 septembre 2016.
36. OMS. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version1.1. Final Technical Report Jan 2009. [en ligne] http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Consulté le 25 septembre 2016.
37. Michel P, Mosnier A, Kret M *et al*. Etude épidémiologique en soins primaires sur les évènements indésirables associés aux soins en France (ESPRIT 2013). *Bull Epidémiol Hebd*.2014;(24-25):410-16. [en ligne] http://www.invs.sante.fr/beh/2014/24-25/2014_24-25_1.html. Consulté le 25 septembre 2016.
38. OMS. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients : édition multiprofessionnelle. Module 5. [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/guide_pedagogique_pour_la_securite_des_patients_-_guide_complet.pdf. Consulté le 25 septembre 2016.
39. Dictionnaire Larousse. 2016 [en ligne] <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/faute/33042>. Consulté le 25 septembre 2016.
40. Croskerry P, Sinclair D. Emergency medicine : A practice prone to error ? *CJEM*. 2001 Oct;3(4):271-6.
41. Bismuth D. L'erreur médicale: analyse des traces d'apprentissage produites par les internes du département de médecine générale Paris Diderot. Thèse de médecine. Université Paris Diderot. 2015.
42. Adouani M. L'erreur médicale en médecine générale : Identification des résistances des médecins généralistes à déclarer leurs erreurs. Enquête qualitative réalisée auprès de 12 praticiens généralistes de la région PACA. Thèse de médecine. Université de Nice. 2010.
43. Savage C. Vécu des médecins généralistes face aux retards ou erreurs de diagnostic. Thèse de médecine. Université Lille 2014.
44. Kroll L, Singleton A, Collier J, Rees Jones I. Learning not to take it seriously : junior doctors' accounts of error. *Med Educ*. 2008 Oct;42(10):982-90.
45. O'Connor, Coates HM, Yardley IE, Wu AW. Disclosure of patients safety incidents : a comprehensive review. *Int J Qual Health Care*. 2010 Oct;22(5):371-9.

46. Espin S, Levinson W, Regehr G, Baker GR, Lingard L. "act of God"? A study of patients' and operating room team members' perceptions of error definition, reporting, and disclosure. Surgery. 2006 Jan;139(1):6-14.
47. Policard F. L'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles. Jun 2015. Paris.
48. Rocher G. Introduction à la sociologie générale. Montréal (Québec). Éditions H.M.H., 1968-1969
49. Lazzeri C. Identités et appartenance sociale. Tracés. 2013;3 Suppl HS-13:S73-102.
50. Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM. Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. Acad Med. 2006 Jan;81(1):86-93.
51. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2007 Aug;33(8):467-76.
52. Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G. Coping with medical error : a systematic review of papers to assess the effects on involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. Qual Saf Health Care. 2010 Dec;19(6):e43.
53. Mizrahi T. Manging medical mistakes: ideology, insularity and accountability among internists-in-training. Soc Sci Med. 1984;19(2):135-46.
54. HAS. Annoncer une mauvaise nouvelle. Février 2008. [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf. Consulté le 25 septembre 2016.
55. Gallagher TH, Mello MM, Levinson W et al. Talking with patients about other clinicians' errors. N Engl J Med. 2013 Oct 31;369(18):1752-7.
56. Brody H. Confronting a colleague who covers up a medical error. Am Fam Physician. 2006 Apr 1;73(7):1272-74.
57. Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. Arch Fam Med. 1996 Feb;5(2):71-5.
58. Asghari F, Fotouhi A, Jafarian A. Doctors' views of attitudes towards peer medical error. Postgrad Med J. 2010 Feb;86(1012):123-6.
59. Seys D, Scott S, WU A et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event : a literature review. Int J Nurs Stud. 2013 May;50(5):678-87.
60. Mazor KM, Fischer MA, Haley HL et al. Factors influencing preceptors' responses to medical errors : a factorial survey. Acad Med. 2005 Oct;80(10 Suppl):S88-92.
61. DesRoches CM, Rao SR, Fromson JA et al. Physicians' perceptions, preparedness for reporting, and experiences related to impaired and incompetent colleagues. JAMA. 2010 Jul 14;304(2):187-93.
62. When Things go Wrong. Responding to adverse events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals. March 2006.

63. Martinez W, Hickson GB, Miller BM et al. Role-modeling and medical error disclosure : a national survey of trainees. Acad Med. 2014 Mar;89(3):482-9.
64. Galam E. Devenir médecin : éclairer le *hidden curriculum*. L'exemple de l'erreur médicale. La Presse Médicale. Avril 2014;43(4) :358-62.
65. Teisserenc L. Retentissement psychique de l'expérience de l'erreur médicale chez le médecin généraliste. Thèse de médecine. Université de la Méditerranée Aix-Marseille 2. 2013.
66. Galam E, Bami J, Magnier AM, Soares A. De l'erreur médicale à la sécurité du patient. Un enseignement « moderne » et « sensible ». Médecine. Nov 2015;11(9):418-23.
67. Chevallier B, Benoist G, Benezlt-Leduc A. Pédagogie médicale : l'erreur pour apprendre. Arch de Ped. Mai 2015;22(5S1):172-3.
68. Klotz P, D'Ivernois J-F. L'erreur médicale : mécanismes et prévention. Paris : Maloine ; 1994, 147p.
69. Wu AW. Medical error : the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ. 2000 Mar 18;320(7237):726-7.
70. Société Médicale Balint France. [en ligne] <https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php>. Consulté le 25 septembre 2016.
71. Despres P, Grimbert I, Lemery B et al. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Etudes et résultats. Juin 2010;731:1-8. [en ligne] <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf>. Consulté le 25 septembre 2016.
72. Galam E. Soigner les médecins malades : Seconde partie, quels médecins soignants ? Médecine. Dec 2013;9(10):471-4.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Présentation du sujet :

L'objectif de cette thèse est d'explorer les échanges entre soignants, dans le cadre d'une erreur médicale, avérée ou supposée, de l'un d'entre eux.

Nous souhaitons connaître le point de vue des internes sur ces échanges et les difficultés pressenties ou rencontrées.

Egalement réfléchir aux ressources possibles pour les aplanir et les surmonter. Une formation spécifique sur l'erreur médicale peut-elle aider aux échanges entre soignants ?

Guide d'animation :

Réfléchir et raconter une ou plusieurs situations d'erreur médicale avérée, pressentie ou supposée qui vous a impliqué, vous ou un collègue.

(par erreur médicale nous désignons : quelque chose dont on n'est pas satisfait, dont on ne souhaitais pas la survenue et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas.)

1. Si vous avez pu en parler avec un ou plusieurs collègues

- A qui ?
- Qui a pris l'initiative ?
- Qu'avez-vous pensé des échanges ? Qu'en attendiez-vous ?
- Avez-vous rencontré des difficultés ?
- Que vous ont-ils apportés ?
- Avez-vous pu exprimer votre vécu personnel ?
- Est-ce que cela a changé quelque chose pour vous ou pour l'équipe ou ?

2. Si vous n'en n'avez pas parlé

- Pourquoi à votre avis ?
- Est-ce que vous le regrettez ?
- Quelles conséquences ?

3. En parler mais comment ?

- Quels risques ?
- Quels avantages ?
- Qu'est-ce qui est difficile ?
- Qu'est-ce qui peut aider ?

4. Concernant « l'enseignement »

Que retenez-vous de la formation que vous avez suivie ?

Quels dispositifs (formation : nature, à quel niveau, dispositif d'aide...) seraient souhaitables ?

Annexe 2 :

FOCUS GROUPE 1

« Erreur médicale : analyse, impact, gestion 2/2 (cours retour) »

Enseignement destiné aux internes en stage de Niveau 1 de médecine Générale

Le 19 décembre 2013, Faculté Bichat, DMG Paris Diderot

Réalisation d'un entretien par focus groupe avec trois internes en stage de Niveau 1, en troisième ou quatrième semestre et moi-même.

Durée du focus groupe : 36 minutes.

FG1Int1 : « C'était en médecine interne. C'est une patiente qui était hospitalisée pour plusieurs motifs pas très clairs, dans un contexte de dysarthrie persistante depuis 3 mois. Il y avait une perte d'autonomie chez une patiente de 71 ans. Au début, elle était adressée par son néphrologue, dans ce contexte un peu flou. On ne comprenait pas trop. L'entretien s'effectue avec son mari parce qu'elle était dysarthrique et qu'on ne comprenait pas trop ce qu'elle disait. Son mari était très présent, qui posait beaucoup de questions et était très anxieux. En reprenant l'interrogatoire : elle était âgée de 71 ans, elle avait beaucoup d'antécédents, une polyarthrite rhumatoïde avec pas mal de complications liées aux traitements qu'elle avait déjà eus ; un diabète qui était cortico-induit donc voilà... une insuffisance rénale dont l'étiologie n'était pas connue et une ACFA sous AVK.

Donc plusieurs mois avant, elle avait fait un syndrome dépressif, où ils avaient mis du Deroxat® et le lendemain de sa prise de Deroxat®, elle a présenté une dysarthrie.

Je ne sais plus quel médecin a dit c'est sûrement un effet secondaire du Deroxat®, il faut l'arrêter. Le mari était complètement d'accord avec ça, je ne sais plus si ça n'est même pas le mari qui l'a arrêté de lui-même en disant « C'est le traitement qui lui a donné ça, on arrête. »

La dysarthrie est partie, je ne sais plus trop au bout de combien de temps mais pas longtemps, je crois, même pas après 24h.

Un mois et demi après, elle a repris le Deroxat®, je ne sais plus dans quel contexte, si c'est un médecin ou si c'est son mari qui lui a dit de le reprendre. Et elle a représenté quelques jours après une dysarthrie donc ils ont ré-arrêté le Deroxat®. Et au final la dysarthrie était toujours présente. Donc elle nous a été adressée par rapport à ça et pour une perte d'autonomie, elle n'arrivait plus à marcher, etc. A l'examen clinique, il y avait énormément de choses, il y avait des crépitants, des deux champs, partout. Donc le truc qui était à la base pas prévu. Il y avait un souffle systolique type RAC qui n'était pas prévu. Elle avait effectivement cette dysarthrie et une hémiparésie droite. Avec un examen neurologique qui était difficile parce que sa PR avait détruit ses articulations, donc quand tu lui demandais de se lever, tu avais quand même une asymétrie quoi qu'il arrive à cause des articulations. Mais tu sentais quand même qu'il y avait une jambe qui était moins fluide que l'autre. Moi l'erreur que j'ai faite, c'est que la première fois, le premier jour que je l'ai vue, il y avait tellement de choses qui se sont mélangées entre tous ses antécédents, tout ce qui n'était pas prévu. Je réfléchissais à pas mal de trucs et en médecine interne, en plus, on essaye d'être plutôt large.

Bizarrement, je me suis focalisée en me disant que c'était sur qu'elle avait fait un AVC ischémique. J'ai remis tous ses traitements tels quels. Et à la fin je me suis dit, c'est une personne âgée, elle ne marche plus parce qu'elle a une hémiparésie, il y a un contexte inflammatoire avec sa polyarthrite, etc. Elle est hospitalisée : je lui mets du Lovenox® préventif. Et j'ai fait totalement abstraction de son Préviscan® et de son insuffisance rénale avec une clairance à 15.

Le lendemain, j'étais avec elle et là où j'ai eu de la chance, c'est que les patients que je ne connais pas trop c'est les premiers que je vais voir. Et là, je vois l'infirmière arriver avec toutes les seringues de Lovenox® et je dis « J'ai prescrit ça ? ». Elle me répond « Oui, et justement je voulais te demander s'il fallait bien le faire ? ». Et je lui dis « Ah non, non, non ! Je me suis trompée. »

Je m'en suis vraiment voulu. Et il y avait une histoire une ou deux semaines auparavant, où l'interne avait oublié de mettre de mettre du Lovenox® préventif. Du coup, c'est le genre de chose qui reste et tu te dis « Il ne faut pas que je le rate ! Il ne faut pas que je le rate ! ».

FG1Int3 : « Et dans le cas de ton co-interne qui avait oublié le Lovenox®, il y a eu des conséquences ou pas ? ».

FG1Int1 : « Non, il n'y avait pas eu de conséquences mais c'était un peu devenu une fixation. C'est un peu comme quand tu as un patient qui a fait une embolie pulmonaire, t'es fixé pour l'embolie sur tous ! »

Moi : « Tu as pu changer tes prescriptions ? Il n'y a pas eu de conséquences ? »

FG1Int1 : « Non, j'ai eu de la chance. Il n'y a pas eu de répercussion. Par rapport à l'AVK ce n'était pas très grave je pense, par rapport à l'insuffisance rénale c'était plus grave. J'ai eu de la chance aussi d'être avec une

infirmière sympa. Elle, je n'ai pas du tout eu de mal à lui dire que je me suis trompée. Avec d'autres, je pense que ça aurait été plus compliqué. »

Moi : « Comment elle a réagi quand tu lui as dit que tu t'étais trompée ? »

FG1Int1 : « Ca allait ! Vu qu'elle ne l'avait pas fait ! »

FG1Int3 : « Tu ne revoyais pas tes prescriptions avec ton senior ? »

FG1Int1 : « Ca dépendait des fois, ça dépendait des seniors. Et là... Je pense qu'elle a revu le cas avec moi mais je ne suis pas sûre qu'elle ait revu mes prescriptions. Mais j'ai souvent eu ça, j'ai souvent eu des seniors qui ne regardaient pas les prescriptions. »

Moi : « Tu en as parlé ensuite à quelqu'un ? Une autre personne que l'infirmière en question ? »

FG1Int1 : « Non, personne. J'avais un co-interne avec qui je m'entendais très bien mais je ne crois pas lui en avoir parlé. »

Moi : « Est-ce que tu sais pourquoi ? Tu n'en avais pas le besoin, ou tu n'as pas trouvé à qui en parlé... ? »

FG1Int1 : « Non, je pouvais en parler avec un peu d'amusement dans le sens où il n'y avait pas eu de grave conséquence. En plus, les gens avec qui je travaillais, je m'entendais très bien avec eux. Non, et il y a toujours le côté « J'ai fait une erreur » donc je n'avais pas forcément envie d'en parler non plus. »

Moi : « Est-ce qu'après le cours et la discussion que vous avez pu avoir tout à l'heure sur l'erreur médicale, tu regrettes de ne pas en avoir parlé ? Vois-tu les choses différemment ? »

FG1Int1 : « Non. Ca n'était pas une erreur qui m'avait beaucoup touchée. Il y a d'autres erreurs pour lesquelles, oui, ça aurait été plus facile après le cours d'en parler. Parce que là, il n'y a pas eu de conséquence. Parce que l'infirmière avec qui j'étais était quelqu'un avec qui je m'entendais très bien. Je pense que si je n'avais pas pu lui dire « Je me suis trompée. »... Tu sais il y a des gens à qui tu ne peux pas le dire quoi. Si je n'avais pas pu le dire, je pense que là, oui, ça aurait été plus difficile. Là j'ai pu dire c'est une erreur. Voilà... »

FG1Int2 : « Moi j'étais en stage chez le « prat' ». Il faisait énormément de pédiatrie mais moi je n'ai pas encore fait de stage de pédiatrie. Du coup, je vois une patiente avec son petit de 8 mois je crois. Je l'ai vu seule et il venait pour de la fièvre depuis la veille. Donc je l'examine, déjà il était suivi ailleurs donc le dossier était incomplet. La mère était un peu spéciale, elle posait plein de questions et elle n'écoutait rien. J'avais l'impression qu'elle n'écoutait pas trop ce que je disais. J'examine le petit, je vois que le tympan est rouge mais je ne savais pas très bien dire si c'était une otite moyenne aiguë ou pas. Donc j'appelle ma prat' qui me dit « Oui, tu traites par Amox à 80mg/kg ». Donc je le pèse...8kgs 800. Et là je panique ! Combien ça fait ? Je n'avais rien sur moi, pas de calculette et tout... Elle me donne son téléphone pour que je fasse le calcul. Mais je pense qu'il y avait un calcul déjà juste avant et quand tu ne remets pas tout à jour... Et ça m'affiche 902, donc 902 mg. Ca fait presque un gramme, je me dis : « C'est bizarre, il est petit quand même ». J'essaie de prescrire sur le logiciel. Je tape « amox », il y en a je ne sais pas combien qui s'affichent... C'est lequel pour les nourrissons ? Donc je rappelle ma prat' et je lui dis : « Je dois prescrire 902mg par jour, comment je fais ? ». Elle me répond : « Mais fais le à la main. Si c'est difficile à la crèche pour qu'il ait 250mg, tu mets 500 fois 2 matin et soir ». Donc on arrondit encore au dessus. Et elle me dit que c'est des cuillères-mesures, mais je ne me souviens plus si elle m'explique comment ça se présente l'amox. Donc je mets « 500mg matin et soir ».

Elle repart. En plus la mère me posait plein de questions : si elle devait continuer le Coquelusedal® -je n'avais pas trop d'avis sur la question-, s'il fallait vraiment qu'elle lui débouche le nez -Ah ça je savais, oui c'est important !-... Voilà...

Elle s'en va, j'en reparle avec ma prat' et là je me dis : « Hum, je me suis trompée ! Je me suis trompée dans la dose je crois. »

J'explique à ma prat' et elle me dit : « Globalement, tu as donné une dose un peu trop forte mais ce n'est pas non plus... Il ne va pas en mourir ! Ca va être un peu difficile pour lui de prendre 500 en une fois donc ce n'est pas très grave. Mais si tu veux, tu la rappelles et tu lui prépares l'ordonnance, elle viendra la chercher. Comme ça tu remets les choses à plat. »

Donc j'appelle, sauf que le numéro était celui du papa. Je tombe sur le répondeur en disant qu'il n'y a pas d'urgence et de venir chercher l'ordonnance demain.

La mère rappelle paniquée et tombe sur un autre médecin qui était au courant et qui dit : « Ah oui ! Ça c'est une dose qu'on donne pour une pneumopathie ! » Merci... Enfin, je ne sais pas exactement ce qu'il a dit parce que je n'étais pas là, mais c'est ce qui m'est revenu. Donc elle n'était pas très contente. Quand elle est venue chercher l'ordonnance, elle m'a pris l'ordonnance des mains et elle s'est barrée. Bon... Et le pire c'est que le lendemain elle a appelé pour dire que le pharmacien avait donné de l'amox 500mg donc elle a donné 500mg fois trois ! »

Investigatrice : « Alors que tu lui avais dit 250mg fois trois ? »

FG1Int2 : « Oui, j'ai bien recopié l'ordonnance du coup. Mais elle ne m'a pas laissé non plus le temps de lui expliquer que l'autre il fallait qu'elle la jette... »

FG1Int1 : « Peut-être qu'elle a utilisé la boîte qu'elle avait déjà achetée. »

FG1Int2 : « Non, justement. Elle ne l'avait pas achetée. Elle m'a dit qu'elle n'était pas encore passée à la pharmacie. Je pense qu'on ne la reverra plus trop... (Rires). »

Investigatrice : « Tu ne l'as pas revue ensuite ? »

FG1Int2 : « Déjà, elle ne venait que quand elle ne pouvait pas voir l'autre médecin qui était trop occupé. Donc de base elle ne venait pas souvent et je pense que là, c'est bon ! (rires). »

Investigatrice : « Tu en as reparlé avec ta prat' après ? »

FG1Int2 : « Oui, surtout le lendemain quand je lui ai dit : « Tu ne sais pas quoi ? Elle a donné 500mg fois trois ! » Ca l'a fait plutôt rigoler, eux ça ça ne les a pas trop choqués... Ca les faisait plutôt rigoler. Et cette patiente, ils n'y étaient pas trop attachés, enfin elle avait à chaque fois vu un médecin différent. Ce n'est pas comme s'il y avait un lien particulier avec cette patiente et que ça les gênait qu'il y ait un problème. »

Investigatrice : « Tu as pu en parler avec celui qui l'a eue au téléphone, qui n'était pas ton maître de stage ? »

FG1Int2 : « Non, je lui en ai pas parlé »

Investigatrice : « Tu as juste eu les propos rapportés par la mère ? »

FG1Int2 : « Pas par la maman, c'est mon maître de stage qui me les a rapportés. Après si, on en a reparlé juste après, je ne me rappelle pas sur quel ton il l'a dit. Si c'était pour dire que c'était une dose qu'on pouvait donner mais pas dans cette indication mais dans les infections pulmonaires ou si c'était pour dire que ce n'était pas du tout la bonne dose. Je ne me souviens plus comment il l'a dit. »

Investigatrice : « Qu'est ce que tu as ressenti ? »

FG1Int2 : « Sur le moment je m'en suis voulu... »

Investigatrice : « Tu as pu parler de ce que tu ressentais ? Quand tu as dû rappeler la patiente par exemple, ce qui n'est pas facile. »

FG1Int2 : « Oui, quand elle m'a proposé de la rappeler, c'était difficile de dire non (rires). Mais non, je n'en ai pas parlé. Si plus après, en rigolant. Elle me disait : « Oui, ce n'est pas facile l'amox ! »

FG1Int3 : « Nous c'était une visite domicile que j'ai faite avec mon prat'. C'était je crois la deuxième semaine de stage. On va voir un vieux monsieur, très vieux 90 ans, qui vit tout seul à la maison. Qui a toute sa tête, un ancien professeur de lettres, qui est autonome. Il se fait livrer les repas, il ne sort plus trop de chez lui mais globalement il se débrouille bien.

Comme antécédent, il a juste une HTA. Et là on va chez lui pour lui renouveler le traitement et à l'auscultation on a des bruits du cœur irréguliers. Donc non connus. Mon prat' va chercher l'ECG pendant que je continue l'examen. Donc c'était bien toléré : pas de dyspnée, pas de douleur thoracique, pas de désaturation, rien. Donc l'ECG il nous a posé problème : cliniquement on pensait à une ACFA sauf qu'à l'ECG on avait l'impression de voir des ondes P de temps en temps. Donc on s'est dit que c'était peut-être juste un bloc auriculo-ventriculaire. Moi je pensais à un BAV II Mobitz II. Ca nous paraissait pas évident l'ACFA. Donc on renouvelle ses traitements et on rentre au cabinet. Et je demande à mon prat' comment on fait dans ce cas là. Il me dit il y a un cardiologue que je connais, je ne le fais pas souvent, mais là on va lui faxer l'ECG pour avoir son avis. Ca c'était un mercredi et le weekend se passe.

Je reviens le lundi et je vois mon prat' en train de faxer l'ECG et peu de temps après le cardiologue lui répond « Ca c'est une ACFA ». Ah ? Merde... Donc le cardiologue lui dit de le mettre sous kardegic® et cordarone®. Il note ça dans le dossier et je lui dis que c'est bizarre de mettre de la cordarone® alors qu'il était lent.

Sur ce, mon prat' appelle le patient pour lui expliquer qu'on va lui introduire un nouveau traitement, l'ACFA, l'embolie, l'AVC... Il lui dit qu'on va fluidifier le sang et mettre du kardégic®.

Moi j'ai eu un petit flash et je me suis dit : « Il faut peut-être faire le CHA2DS2-VASc pour ce patient ». Donc je le fais pendant qu'il est au téléphone, sur l'ordi et je fais : « Merde ! CHA2DS2-VASc à 3 : anticoagulation ! Ah... ».

Donc il raccroche, et je lui dis qu'il y a un problème et qu'il vaut mieux l'anticoaguler.

Il me dit : « Ah oui, tu as raison. On a bêtement écouté le cardiologue mais il faut l'anticoaguler. ». L'associée du cabinet qui est aussi gériatre arrive et on lui explique que c'est une ACFA et qu'il faut anticoaguler. Elle nous confirme qu'il faut l'anticoaguler et que le kardégic® ça ne va pas.

Du coup, on était un peu mal. On ne savait pas s'il fallait rappeler le patient tout de suite ou pas. On ne l'a pas fait tout de suite... On l'a rappelé le lendemain pour lui expliquer et on est passé chez lui pour lui dire qu'on avait bien réfléchi, que c'était un peu plus compliqué que prévu, que le kardégic® n'était pas suffisant, qu'il fallait quelque chose d'un peu plus puissant : les anticoagulants, les risques, les avantages. Il a accepté très bien, il était content qu'on s'occupe de lui. Il ne nous en a pas voulu de changer d'avis, lui il trouvait ça bien qu'on s'intéresse à lui, qu'on fasse le point sur ce qui était mieux pour lui. Donc il a accepté sans problème, alors que c'est un monsieur un peu psychorigide et pour qui, a priori, mon prat' n'était pas confiant. Finalement, c'est bien passé. Donc on a débuté le traitement anticoagulant. Bon, au final il a fait un magnifique surdosage à 7 d'INR. J'ai dû lui donner de la vitamine K per os. Mais bon, là il est sous AVK, il est équilibré.

Mon prat' m'a dit que finalement grâce à moi, il avait ... Il n'avait pas remis la prescription du cardiologue en question de lui-même. C'est moi qui lui avais fait faire tilt.

Après j'ai réfléchi, le cardio n'a jamais vu le patient. On lui a dit : « 93 ans, hypertendu... » Il s'imaginer le papi dément. Notre responsabilité... Elle est à nous, elle n'est pas sur lui parce qu'il ne l'a pas vu en consultation. Donc ça va, il n'y a pas eu de conséquence pour le patient, il aurait pu faire l'AVC entre temps. »

FG1Int2 : « Et la cordarone® ? »

FG1Int3 : « Alors j'ai cherché. Dans l'ACFA, ce qui ralentit la fréquence cardiaque en première intention c'est les bêta-bloquants, puis les inhibiteurs calciques bradycardisants et ensuite la digoxine si tu es insuffisant cardiaque. Nulle part il y a la cordarone®. La cordarone® c'est le maintient en rythme sinusal. Donc la franchement il n'y avait ni l'indication du kardégic® ni de la cordarone®.

Et en fait, quand on est retourné chez lui. Il était en sinusal. »

Investigatrice : « Vous avez eu l'impression, toi et ton prat', d'avoir fait une erreur ? »

FG1Int3 : « D'avoir failli faire une erreur. Je pense que si on l'avait pas anticoagulé, ce monsieur très bien, toute sa tête, autonome, il aurait fait l'AVC, euh... on aurait été très mal.

Parce qu'il avait les indications. On a failli faire une erreur, elle n'aurait peut-être pas eu de conséquence. Mais j'ai cherché : 3.2% de risque d'AVC par an. Ce n'est pas énorme, mais si t'es dedans, c'est dommage parce c'était une erreur de pas l'anticoaguler.

Il y a plein de facteurs de risques dans ce cas, il n'y a pas que le cardiologue, mais aussi le sentiment de décharge de la responsabilité médicale lors du travail en équipe. Je me suis un peu reposée sur lui. Et la décharge type généraliste-spécialiste, le rythme de travail en cabinet... »

Investigatrice : « Vous en avez reparlé avec le cardiologue ? »

FG1Int3 : « Non, mon prat' ne l'a pas appelé pour lui dire « On ne t'a pas écouté. » (rires)

Investigatrice : « Et entre vous, ton prat', la gériatre et toi, vous en avez reparlé un peu à distance ? »

FG1Int3 : « Elle, l'histoire de l'INR... Elle nous a dit que c'était un peu notre faute. Elle, comme elle est gériatre, elle suit une procédure pour les INR pour les patients âgés que je ne connais pas... Je n'en avais jamais entendu parler dans les reco, donc là on a fait une erreur et on a juste parlé de ça. »

Investigatrice : « D'avoir pu en parler avec eux, ça t'a apporté quelque chose ? »

FG1Int3 : « Oui, parce que d'un côté, on m'a un peu valoriser en me disant que c'était grâce à moi qu'on avait fait ce qu'il fallait donc je n'ai pas trop souffert du truc. Même si je n'ai pas eu un comportement très responsable en me déchargeant. Par contre je lui ai fait relire ma trace et pour lui ça a été un peu dur. Il m'a dit : « C'est le début du stage, et je me prends ça dans les dents. Du coup, c'est un peu dur. » Je me sentais un peu mal pour lui. »

FG1Int1 : « Tu poses souvent la question de savoir si on en a parlé. Et moi dans une autre erreur, un chef m'en a reparlé en me disant : « Bon c'est grave, mais ça ne change rien à la prise en charge. Le patient aurait été quand même hospitalisé. Et le chef de service est venu me voir et m'a demandé : « Tu es au courant pour le patient ? » J'ai dit oui. Et il me fait : « De toute façon, on n'apprend que comme ça. » Ça m'a tellement choquée ! On ne

peut pas apprendre comme ça, ce n'est pas un moyen d'apprentissage. Il est gentil de me dire ça mais je me suis dit je ne veux pas apprendre comme ça. »

FG1Int3 : « C'est avec des petites erreurs, des choses imparfaites qu'on s'améliore. »

FG1Int1 : « Oui, mais tu ne peux pas apprendre que par ça. »

FG1Int3 : « Non ».

Investigatrice : « Ce qu'il est venu te dire spontanément ne t'a pas soulagée ? »

FG1Int1 : « Euh... J'étais quand même contente, il m'a dit : « Moi aussi j'ai fait des erreurs quand j'étais jeune. » Tu vois le chef de service qui te dit ça, bon... Ça m'a quand même un peu soulagée. Ça m'a un peu choquée aussi. »

Investigatrice : « C'est lui qui est venu vers toi ? »

FG1Int1 : « Tous, ils sont venus vers moi, et moi je n'étais pas au courant de la faute (rires). C'est un autre hôpital qui a appelé. »

FG1Int2 : « C'était quoi ? »

FG1Int1 : « En gros, c'était un jeune, 35 ans, qui venait pour des tremblements et qui ne pouvait pas bouger d'un côté. Effectivement il a des tremblements mais quand il parle il s'arrête de trembler. Et il me dit qu'il ne peut pas bouger un côté mais quand je lui demande s'il a mal quelque part, il dit « Oui » et là il bouge le côté qu'il dit ne pas pouvoir bouger.

Je me suis dit : « Il abuse un peu, ça ne se fait pas, il doit être un peu psy. » Il avait eu le décès de sa mère genre trois jours auparavant... Et en fait pas du tout, c'était un AVC hémorragique. Le chef était allé le voir après, je lui avais dit que je pensais qu'il était un peu psy et c'est ridicule d'avoir dit ça parce qu'il n'avait pas du tout d'antécédent psy. C'était tellement bête. Le chef a dit : « C'est bon il sort ». Et il a consulté dans un autre hôpital, et l'autre hôpital a appelé. »

Fin du temps imparti.

A la fin de l'enseignement, retour sur le ressenti des internes concernant le cours auquel ils ont assisté :

Investigatrice : « Maintenant que le cours est terminé, pouvez-vous me dire ce que vous avez pensé de cet enseignement ? »

FG1Int1 : « Comme je disais tout à l'heure, je pense que c'est plus facile après ce cours d'oser parler de ses propres erreurs. »

FG1Int3 : « C'était bien. »

FG1Int1 : « Dans mon histoire, il n'y a pas eu de conséquence. L'erreur a été rattrapée, donc je n'étais pas mal de ne pas en avoir parlé mais pour des erreurs plus lourdes, je pense que c'est vraiment bien de pouvoir en parler comme ça. On n'est pas là pour juger, enfin on peut critiquer éventuellement mais là ce n'était jamais blessant. »

FG1Int2 : « Oui ça fait du bien de voir qu'on n'est pas tout seul à faire des erreurs. On se dit qu'il y a des erreurs pires que les nôtres, et que surtout tout le monde avait une erreur à raconter. Ça déculpabilise. On se sent moins seul. »

FG1Int3 : « C'est vrai que du coup on se dit qu'on peut en parler, finalement il n'y a pas de honte à avoir, tout le monde est concerné. »

Investigatrice à FG1Int1 : « Tu as raconté ton erreur qui n'avait pas eu de conséquences et à la fin tu évoques la fois où tu penses avoir raté un diagnostic d'AVC... Tu penses que tu as volontairement choisi de raconter l'erreur sans conséquence ? Est-ce que le cours t'a ensuite donné davantage envie de parler du cas de l'AVC ? »

FG1Int1 : « Euh... Je ne sais pas... Oui c'est vrai qu'au début je ne savais pas trop... comment se passait ce genre de cours. Peut-être qu'inconsciemment j'ai choisi une erreur dont je n'avais pas trop honte... Et après quand on entend les erreurs des autres... et que tu nous demandais comment s'étaient passés les échanges avec les collègues... J'ai davantage pensé au patient avec l'AVC parce que finalement c'est davantage cette histoire qui m'a marquée. Je pense qu'avec ce cours, ça nous amène à parler plus facilement. »

Investigatrice : « Vous pensez que d'avoir eu ce cours, ça vous a apporté quelque chose pour parler de l'erreur maintenant ? Vous en parlerez autrement ? Ou non ? »

FG1Int1 : « Oui je pense que maintenant je serai plus volontaire pour en parler. On est gêné, on n'a pas envie d'être jugé donc on n'aime pas parler des erreurs. Mais là maintenant que j'ai vu qu'on est tous dans le même bateau et que je ne suis pas seule à pouvoir me tromper, je pense que je parlerai plus facilement. »

FG1Int2 : « Moi aussi je pense que ce cours donne envie de parler plus de l'erreur, ça libère un peu. On se sent moins nul. »

Investigatrice : « Et concernant la partie aller et le fait de devoir mettre sur papier votre histoire ? »

FG1Int2 : « C'est bien, ça permet de réfléchir avant à notre histoire, s'il y avait une vraie erreur ou pas ; de voir avec le recul ce qu'on a ressenti et du coup on à l'esprit plus clair... C'est plus posé pour la raconter ensuite avec tout le monde. »

FG1Int3 : « Oui c'est pas mal que ça soit écrit, ça fait réfléchir avant. »

Investigatrice : « Et la session aller ? »

FG1Int3 : « Bah c'est plus... théorique. Ça m'a moins intéressée que la deuxième partie. Les trucs théoriques ont les connaît déjà un peu... comment parler, etc. Mais le problème c'est la pratique. En stage c'est rarement comme le voudrait la théorie et ça ne dépend pas que de nous. Quand t'es avec un chef qui s'en fout, la théorie ne te sert pas trop. »

FG1Int1 : « Oui, ce cours il nous incite à parler mais le problème c'est que si en face tu n'as personne bah tu es toujours aussi seule. »

Investigatrice : « Et qu'est-ce qu'il faudrait pour cela... ? »

FG1Int1 : « Je sais pas... Les chefs aussi devraient être sensibilisés à ça. Mais déjà si nous on en parle plus, que tout les internes sont sensibilisés et déculpabilisés pour parler de leurs erreurs, peut-être qu'on en parlera quand même un peu mieux. Et puis plus tard on aura l'habitude et on incitera à la parole, on sera plus sensibilisés. »

Investigatrice : « Merci, vous avez d'autres choses à ajouter ? »

FG1Int2 : « Non, c'était bien ce cours, faut continuer. »

Investigatrice : « Merci. »

Fin

FOCUS GROUPE 2

Enseignement mutualisé d'Ile De France : « De l'erreur médicale à la sécurité du patient. »

Le 23 janvier 2014 ,

DMG Paris 7, Faculté Bichat

Réalisation d'un entretien par focus groupe avec trois internes de semestres et de facultés différents et moi-même.

Durée du focus groupe : 24 minutes

FG2Int1 : « C'était en stage de cardio, on avait six entrées. J'étais en 6^e semestre donc c'est des erreurs que je n'étais pas censée faire. J'étais seule dans le service, ma chef était en consultation. Il y a une des entrées qui avait une insuffisance rénale compliquée d'hyperkaliémie, mais une hyperkaliémie pas très élevée à 4,9. A son arrivée des urgences, je commence à la réhydrater parce que c'était d'allure fonctionnelle et en rapport avec ses traitements... et je demande un bilan de contrôle. Et en fait dans les six entrées j'oublie de regarder le bilan de contrôle. Ma chef qui redescend à 18h, regarde le bilan de contrôle et là elle avait une hyperkaliémie à 6.9 ! Qui du coup avait grimpée de 2 points ! J'ai fait l'ECG, elle était en dissociation... Voilà...Donc je ne savais plus quoi faire... J'étais totalement tétanisée, je me suis dit que j'aurais complètement pu tuer la patiente... Au final dans le service, il y avait une aile USIC, donc elle est passée en USIC, elle a reçu tous les traitements et tout... Et voilà ! J'ai oublié de regarder le iono et je me suis dit qu'elle aurait vraiment pu se taper l'arrêt cardiaque à cause de moi. »

FG2Int2 : « Mais pourtant tu as vu le bilan dans la soirée... »

FG2Int1 : « C'est ma chef ! Qui en redescendant de sa consultation a regardé les bilans des entrées et à vu cette kaliémie à 6.7 ou 6.9. »

Investigatrice : « Par la suite, ça s'est bien passé pour la patiente une fois qu'elle est entrée en soins intensifs ? »

FG2Int1 : « Ils lui ont mis tous les traitements... La kaliémie est descendue très rapidement... Mais bon elle avait quand même la dissociation... Donc je pense qu'une heure après ça aurait pu beaucoup plus mal se passer... »

Investigatrice : « Et ce bilan, tu penses que tu serais partie sans le regarder, tu avais complètement oublié ? »

FG2Int1 : « Non parce que je me l'étais noté quelque part et le soir je fais toujours un tour de manière générale avec les bilans de l'après midi. Je pense que je l'aurais vu, mais je pense que je l'aurais vu trop tard. Vraiment. »

Investigatrice : « D'après ce que tu dis, c'est ta chef qui a vu ce que tu n'avais pas vu. Est-ce que tu as en a parlé avec cette chef ou avec d'autre personnes ? »

FG2Int1 : « D'abord ma chef au début était très fâchée. Dans l'heure, enfin le temps de transférer la patiente, elle était très fâchée. A la fin de la prise en charge, elle m'a dit : « C'est bon tu peux partir. » Il était déjà 19h. J'ai eu tellement peur que je me suis mise à pleurer mais elle ne m'a pas vue. Et en fait, je suis restée dans le bureau des internes et je l'ai appelée pour m'excuser. On en a beaucoup parlé, le soir même par téléphone, le lendemain. Et elle m'a dit qu'elle savait qu'elle m'avait laissée un peu en galère, qu'il y avait 5 sorties, 6 entrées... Que j'avais dû gérer seule... Bon après elle essayait de me rassurer comme elle pouvait. En me disant bien sur de faire plus attention, mais elle ne m'a pas du tout accablée. Le chef de service a été au courant et il ne m'a strictement rien dit. Du coup je pense qu'elle s'est énervée au moment de gérer la patiente parce que je pense qu'elle a eu peur aussi.

Et moi j'ai pu en parler sans problème. Parce que moi je trouve qu'on est plutôt bien encadrés et pas accablés de manière générale par nos maîtres de stage. »

Investigatrice : « Donc tu as été satisfaite de la manière dont vous avez échangé ? Il n'y a pas quelque chose qui t'as manqué ? »

FG2Int1 : « Non, mais même dans tous les services dans lesquels je suis passée, je trouve que de manière générale... Alors peut-être que j'ai eu beaucoup de chance, mais je trouve que à chaque fois que j'ai fait des erreurs ça s'est bien passé. »

Investigatrice : « Est-ce qu'ensuite ça a changé quelque chose ? Comme le chef de service a été informé par ta chef, est ce que vous en avez reparlé à distance pour trouver un moyen par exemple d'éviter que ce genre de choses arrivent ? »

FG2Int1 : « Non, non... Juste des petites phrases, comme par un exemple quand un entrant arrivait : « N'oublie pas de regarder le bilan. » Voilà, mais rien de... »

Investigatrice : « Et toi, est-ce que tu as changé quelque chose suite à cet épisode ? »

FG2Int1 : « Je me suis dit que la médecine, être interne... Tu n'es pas là que pour rigoler avec tes co-internes ! Ça te remet quand même sur les rails et tu te dis que tu as quand même la vie de gens entre les mains. »

FG2Int2 : « Moi, c'était mon premier semestre. J'étais aux urgences pendant une garde avec le chef. Et il était assez tard, on était assez fatigué, on s'ennuyait un peu aussi parce qu'il n'y avait pas beaucoup de patient. Un patient est venu parce qu'il avait des douleurs thoraciques depuis plusieurs heures. Et c'était une douleur thoracique qui était assez atypique donc on ne savait pas trop... Il y a l'IAO qui avait fait un ECG et qui nous le montre pour savoir si on doit ou pas le mettre au déchoc. Il le montre à moi et à mon chef, donc on le regarde, on voit, on dit : « Il est normal l'ECG » donc voilà... Sauf que, bon, on le met dans une salle. Je l'évalue, je me dis c'est bizarre quand même sa douleur est quand même très intense donc on l'a quand même mis au déchoc. On lui a fait un bilan avec tropo, etc. On a essayé de soulager la douleur et de savoir un petit peu ce que c'était parce qu'on ne savait pas vraiment ce que c'était.

Et un peu de temps après le labo nous appelle en nous disant que la tropo est élevée mais je n'avais jamais vu une tropo aussi élevée. Et j'étais toute seule parce que mon chef était parti mangé parce qu'il était vraiment très tard et je me dis : « Merde, mais qu'est ce qu'il se passe ? Le mec, il est en train de faire l'infarct ! Et justement je lui refais un ECG, c'était trop bizarre parce que je regarde l'ECG de base et je me dis il est vraiment normal cet ECG ! Et là un SCA ST+ du feu de dieu, super important ! Donc j'appelle le SAMU, entre temps

mon chef arrive et j'avais déjà commencé à gérer. J'avais fait poser des voies veineuses, on sait jamais. Le 15 me dit : « On va vous envoyer un SAMU. » parce que nous on n'a pas d'USIC. Et la chef du SAMU arrive. C'était une de nos chefs aux urgences donc je la connaissais bien.

Je lui explique le cas du patient, avec ECG de base normal et ECG après la tropo avec un SCA ST + important. Elle me demande de lui montrer l'ECG et elle me fait : « Non mais attends ! Il manque un bout dans ton premier ECG ». Et en fait, ce n'est pas l'IAO qui a fait l'ECG, il a demandé à son élève infirmière de le faire l'ECG et elle s'est trompée, elle a fait que les DI, DII, DIII, aVR, aVL, aVF et elle n'avait pas fait les V1 à V6.

Elle avait fait DI, DII, DIII, aVR, aVF, aVL à gauche et à droite donc on avait deux fois des dérivations identiques. Et nous on n'avait pas fait attention ! J'étais vachement stressée pour le patient qui avait une vraie douleur thoracique et qui était en train de pourrir son cœur depuis plusieurs heures ! On l'a envoyé vite fait en USIC. J'étais tellement stressée, j'en ai parlé à mon chef et je lui ai dit : « Attends, c'est trop bizarre, tu sais maintenant que j'y repense, c'est... c'est une erreur, c'est nous... C'est nous qui nous sommes trompés. On aurait dû le voir qu'il manquait une partie de l'ECG. Et il m'a dit « mais non... » Il a vachement relativisé, il était un peu je m'en foutiste. « C'est bon t'inquiète, maintenant le patient est en USIC, et puis nous on nous montre l'ECG, on nous montre l'ECG ! Ce n'est pas notre erreur c'est l'erreur de l'infirmier, c'est pas nous. » Moi j'étais vachement stressée, tellement que le lendemain de ma garde j'ai appelé l'USIC de l'hôpital pour savoir comment il allait et quelques jours après aussi. Parce que je me suis dit plus tard : « Mais l'erreur quoi ! Qu'on a faite ! » Mais au final, ça s'est bien passé parce que le patient a bien récupéré, Il n'a pas eu de complications. Mais j'étais vraiment mal sur le moment quoi, et mon chef qui s'en foutait complètement. »

Investigatrice : « Quand tu es allée le voir pour en parler c'était dans quel but ? Ça n'était pas pour faire des reproches... »

FG2Int2 : « Ah non, non, non ! Pas du tout parce que moi-même je pensais qu'on s'était tous trompé. Il était passé dans les mains de l'infirmier... On a tous vu l'ECG, on a tous fait la même erreur, c'était pour dire « On est con quoi ! ». J'étais vraiment super stressée et il m'a dit : « C'est bon il est en USIC le patient. » Mais si on avait su on aurait gagné peut-être une heure, une heure et demie. »

Investigatrice : « Qu'est ce que tu as pensé de son attitude ? »

FG2Int2 : « J'ai trouvé ça... Je ne sais même pas... Pas professionnel en fait. Je pense qu'il aurait dû se mettre en question et peut-être dire tu as raison. Enfin je ne sais pas, je n'ai pas trouvé ça vraiment professionnel. Il avait l'air de s'en foutre complètement et de ne pas du tout se remettre en question lui et de dire que c'était de la faute de l'IAO. Alors que c'est nous qui voyons l'ECG et c'est nous qui disons si c'est normal ou pas. C'est nous qui l'interprétons au final l'ECG donc c'est notre faute à nous. »

Investigatrice : « Et toi, tu aurais eu besoin d'en parler plus ? »

FG2Int2 : « Oui, après, le lendemain de la garde j'en ai parlé à une de mes co-internes. Et elle-même, elle a essayé de me calmer et de me dire : « C'est bon maintenant il est en USIC, t'as très bien réagi, tu as appelé le 15 tout de suite. Tu as géré le truc alors qu'il n'était pas là. » Sauf qu'on a quand même perdu vachement de temps dans la prise en charge. »

Investigatrice : « Est-ce que vous en avez parlé avec l'infirmier et l'élève ? »

FG2Int2 : « Non. »

Investigatrice : « Eux ils ont su qu'ils avaient mal fait l'ECG ? »

FG2Int2 : « Non, je ne leur ai même pas dit. »

Investigatrice : « Et ton chef n'en a parlé à personne ? »

FG2Int2 : « Non ». »

Investigatrice : « Tu penses qu'il y aurait eu une meilleure façon d'aborder le problème ? »

FG2Int2 : « Je t'avouerais que c'était le premier semestre... On est stressé, on gère les urgences, on ne sait pas trop ce qu'il se passe... Je pense que oui j'aurais voulu... Mais dans un sens je ne voulais pas en parler à tout le monde. Je ne voulais pas accabler mon chef, parce que si j'en avais parlé à mon chef de service, je pense qu'il l'aurait vachement mal pris et qu'il aurait engueulé le chef. Je n'avais pas envie que par ma faute quelqu'un se fasse engueuler mais j'aurais bien voulu que le chef dise : « Oui effectivement. » et qu'il aille voir l'infirmier pour lui dire : « Fais gaffe la prochaine fois, là c'est une grosse erreur que tu as faite, ne laisse pas ton étudiante faire les choses toute seule, tu es là pour lui apprendre. » Là clairement elle ne savait pas du tout faire l'ECG. »

Investigatrice : « Est- ce que tu aurais eu besoin de parler de ton ressenti davantage ? »

FG2Int2 : « J'en ai parlé à ma co-interne, parce que je savais qu'elle n'allait pas me blâmer ou me dire que j'étais idiot. Donc j'en ai parlé juste à elle, et elle m'a calmée. Et puis le fait que j'ai appelé l'USIC aussi... Je pense que si l'USIC m'avait dit qu'il était mort ou qu'il avait fait des complications, là vraiment je ne sais pas ce que j'aurais fait à ce moment là. J'aurais vraiment été super mal mais... J'essayais de me calmer toute seule en me disant si le patient va bien, c'est bon quoi... »

FG2Int3 : « Moi, je ne sais pas si ça rentre exactement dans le cadre des histoires d'erreurs médicales. Ca s'est passé en garde il y a quelques mois. J'étais de garde aux urgences et j'ai été appelée à l'étage pour un petit malaise avec une désaturation à 20%. Donc je demande aux infirmières d'appeler le réa en urgences parce que quand même... pour l'appeler. Et je suis arrivée dans la chambre du patient qui était âgé de 63 ans, qui avait eu une fibroscopie dans la journée et qui avait fait deux malaises hypoglycémiques sévères... Ils ne connaissaient pas l'étiologie exacte. Et quand je suis arrivée dans la chambre, il y avait tous les paramédicaux du service. Donc il y avait deux infirmières, une étudiante infirmière, deux aides-soignants et un étudiant aide-soignant. Plus la femme, le fils et le patient qui étaient là. Et en fait, je me suis rendu compte assez rapidement que le patient était en arrêt cardio-respiratoire dans la chambre. J'ai fait sortir le fils et la femme, et puis une fois que j'ai recontrôlé qu'il était vraiment en arrêt, j'ai demandé à ce qu'on amène le chariot d'urgence avec défibrillateur et tout le bazar. Et en gros les infirmières et les aides-soignants m'ont dit : « Mais pourquoi ? »

« Bah parce qu'il est mort ! Enfin... » Donc voilà ! J'ai installé la planche et puis j'ai commencé à masser. Et j'ai eu une gestion un peu brouillon de la réa parce que je ne m'y attendais pas trop et parce que je ne savais pas gérer toute seule. Donc j'ai demandé à ce que le réa soit rappelé pour qu'il revienne, enfin... qu'il vienne. Parce que c'était un peu une urgence... Et j'avais demandé aussi à ce qu'on apporte le défibrillateur... Parce que dans les services où on était, on avait un chariot d'urgence pour les premiers gestes mais pas de défibrillateur sur tous les chariots et c'est le réa qui était censé amener le défibrillateur s'il considérait qu'il y avait besoin. Et donc le réa est arrivé au bout de... Je ne sais pas ça devait peut-être faire cinq minutes qu'on avait commencé à masser. Le réa est arrivé, sans défibrillateur... Et a intubé, parce que je lui ai demandé d'intuber... Et on lui a injecté je ne sais pas trop combien de milligrammes d'adré. Et puis au bout de peut-être vingt minutes de prise en charge, le réa a fini par me dire : « Bon bah écoute, ça fait vingt minutes que tu masses, quand t'en as marre tu t'arrêtes et puis on déclarera le décès quoi. » Donc voilà, donc j'en ai eu marre... Donc on a arrêté le massage et donc le constat de décès a été... Enfin, il est sorti de la chambre pour dire à la famille qu'il était mort. Et il est parti. Donc en gros personne de tous les paramédicaux qui étaient avec moi, et moi d'ailleurs, on n'a vraiment... Enfin on n'a pas vraiment compris ce qu'il s'était passé de tout le truc. A posteriori je me sens responsable... Enfin je pense que ce qui c'est passé c'est que le patient a fait une inhalation en fait, en dinant sa soupe juste après sa fibro et que... »

FG2Int1 : « A la base, il était en bon état général ? »

FG2Int3 : « Alors en gros... Ca moi je ne l'ai su que après parce que je n'avais même pas regardé le dossier quand je suis arrivée. Et en gros... A posteriori j'ai appris qu'ils ne savaient pas trop ce qu'il avait ce patient et qu'il avait vraisemblablement un CHC. Mais voilà... Et moi, par contre, je ne me suis pas arrêtée là, parce qu'effectivement bah, le patient est mort quand même ! Et je trouve que la prise en charge a été merdique. Et donc moi j'ai écrit un rapport à l'administration et j'ai demandé des rendez-vous avec les différents chefs de service concernés. Parce que quand je suis rentrée dans mon service, on m'a dit « Ah oui, effectivement, tu n'as pas eu de chance... » Ca ne choquait pas plus que ça les gens. J'ai pris rendez-vous avec le chef de service de réa, le chef de service de gastro parce que c'était un patient de gastro, la cadre de gastro. Et on m'a proposé, alors que ça faisait déjà trois semaines que j'avais les rendez-vous avec tout le monde, une revue de morbi-mortalité avec les infirmières, aides-soignantes. La conclusion de la RMM par la chef de service de gastro c'est que de toute façon le patient allait mourir donc il avait probablement que quelques mois d'expérience de vie et que ça n'allait pas changer grand-chose. »

Investigatrice : « C'est toi qui a organisé ces rendez-vous toute seule ? »

FG2Int3 : « J'étais hyper remontée, j'étais mal toute ma garde. J'ai vomi après la réanimation, j'étais vraiment très mal. C'était un mercredi, le jeudi ça n'allait pas. Je n'ai pas dormi non plus la nuit du jeudi au vendredi et je suis revenue dans mon service en disant : « Moi j'en ai marre de travailler avec des nuls ! » Mon chef ma dit : « Tu écris un rapport et tu verras. » Et c'est moi qui lui ai dit que je ne voulais pas écrire un rapport mais voir les chefs de service. Et il m'a dit : « D'abord tu écris le rapport et après je t'accompagne. » C'était juste un rapport pour poser de façon factuelle, un peu moins à chaud... Et comme ce n'était pas la première fois que j'avais un problème en garde, c'était pour faire remonter ensuite à l'administration. J'avais un rapport qui était juste factuel, il n'y avait pas de nom, il n'y avait rien. »

Investigatrice : « Qu'as-tu pensé de la revue de morbi-mortalité ? »

FG2Int3 : « Ce qui en ressortait un peu c'est que souvent les infirmières quand elles appelaient des étages, les dossiers ne sont pas forcément bien présentés. Et moi quand on m'appelle pour un petit malaise avec 20% de saturation, je pense que la notion de malaise devrait arriver en deuxième plan. Ce qui est important c'est la désaturation. 20%, on n'est pas bien du tout. Quand j'avais rencontré la cadre de gastro, je lui avais demandé si elles avaient des formations annuelles pour la prise en charge de l'arrêt cardiaque. Au moins le reconnaître parce que là personne ne s'était rendu compte qu'il était mort. »

FG2Int1 : « Tu penses qu'il était comme ça depuis combien de temps quand tu es arrivée ? »

FG2Int3 : « Je ne sais pas ».

Investigatrice : « Qu'as-tu pensé de la RMM que vous avez faite ? Tu t'attendais à autre chose ? Qui étaient les personnes présentes ? »

FG2Int3 : « Oui ! Quand j'ai rencontré le chef de service de réa, il n'y avait que le réa et mon chef de service. Quand j'ai rencontré le chef de gastro ou la cadre, pareil. Et là, il y avait les infirmières qui étaient présentes, les aides-soignantes, mon chef de service, la cadre, la chef de service de gastro et je crois qu'il y avait le cadre supérieur qui était là. Mais ça a fait un peu de bruit. »

Investigatrice : « Est-ce que ça a abouti à quelque chose ? »

FG2Int3 : « Moi j'avais proposé au chef de service de réa que le défibrillateur soit dans un sac-à-dos qu'on transporte à chaque fois. Effectivement, je comprenais que transporter un chariot qui fait cent kilos ce n'est pas évident. Ou alors d'installer un défibrillateur par étage. D'après ce que m'a dit le chef de réa, la commission a accepté de créer un sac-à-dos pour mettre le défibrillateur. »

FG2Int1 : « Mais quand vous avez massé pendant vingt minutes, vous n'avez jamais utilisé le défibrillateur ? »

FG2Int3 : « Non. Et quand j'ai dit au chef de service : « C'est peut-être une question naïve mais à quoi ça sert d'injecter de l'adré quand on n'a pas de défibrillateur ? » Il m'a répondu : « Tu n'avais qu'à faire un ECG, si tu voulais voir le rythme. » Je lui ai dit que moi ça ne me satisfaisait pas trop comme réponse. Et que dans ce cas, il allait falloir qu'on revoie ensemble les procédures d'arrêt cardiaque parce que vraisemblablement je n'étais pas à jour et lui non plus. En fait, c'était vraiment que chacun protégeait son équipe. Alors que la discussion n'était pas faite pour accabler quiconque. Moi les noms je m'en foutais, je ne les connais pas et je ne les ai jamais cherchés. Je voulais juste qu'on en discute de façon posée.

Comme je lui ai dit : « Vous, vous vous en foutez mais moi ça m'empêche de dormir. »

Investigatrice : « Qu'est qu'ils ont répondu à ça ? »

FG2Int3 : « Il y a eu un gros blanc. Puis que j'en verrai d'autre. J'en étais consciente mais moi si ça avait été mon père ou quelqu'un de proche je n'en serais pas restée là. »

FG2Int1 : « La famille a porté plainte ? ».

FG2Int3 : « Non. C'est un contexte un peu particulier. C'était un patient immigré, avec une famille qui ne parlait pas très bien français. Et en gros, ils sont venus me voir après, parce qu'ils ont demandé à me voir quelques jours après, en me disant qu'ils voulaient me remercier parce qu'ils avaient vu que j'avais fait tout ce que je pouvais. Je ne pouvais pas leur dire : « En fait, non on a été nuls. »

Investigatrice : « Tu as déclenché pas mal de discussions sans avoir forcément les réponses que tu attendais. Est-ce que tu as pu parler de toi, de ton ressenti ? Tu disais que tu ne pouvais pas dormir... »

FG2Int3 : « J'ai été convoquée par la cadre de mon service qui m'a dit que la cadre de gastro lui a dit que je n'étais pas bien... »

Fin du temps imparti

FOCUS GROUPE 3

« Erreur médicale : en parler mais comment ? »

Enseignement dirigé dans le cadre du stage de médecine ambulatoire de niveau 1

Le 11 juin 2014, Cabinet du Dr Galam, Paris

Réalisation d'un entretien par focus groupe avec six internes en stage de médecine générale de niveau 1, en troisième ou quatrième semestre, Dr Galam et moi-même.

Durée du Focus Groupe : 1h 19minutes.

FG3Int1 : « J'étais en premier semestre en pneumologie, il y avait un patient qui était anticoagulé par AVK. Ca avait été vu un petit peu en amont mais il est parti à la fibroscopie et j'ai oublié dans le service de lui arrêter les AVK. Donc heureusement, le gastro a contrôlé juste avant. Il n'y a pas eu de geste invasif, ça a juste été reporté. »

FG3Int3 : « Est ce que le patient a su pourquoi ça avait été reporté ? »

FG3Int1 : « Oui oui je lui ai dit. Il m'a dit quelques fois qu'il serait resté moins longtemps à l'hôpital s'il n'y avait pas eu ça mais sans plus. »

FG3Int4 : « C'est toi qui t'es rendu compte de l'oubli ? »

FG3Int1 : « Non c'est la fibro qui m'a appelé. Enfin c'est mon chef de salle qui a été appelé. »

Dr Galam : « Concernant notre thème de discussion autour d'une erreur médicale, comment ça s'est passé ? Avec qui tu en as parlé ? Comment ? »

FG3Int1 : « Comme le problème avait été plus ou moins anticipé par le gastro, il n'y a pas eu de catastrophe. On en a parlé directement dans le service. Le patient, je lui ai dit tout de suite qu'il ne pouvait pas l'avoir et que ça rallongerait un peu sa prise en charge. »

Dr Galam : « Qui t'a informé que tu avais oublié les AVK ? »

FG3Int1 : « C'est le fibroscopiste qui dès que le patient est remonté, me l'a dit. Il ne m'a pas engueulé mais il n'était pas très content. »

Dr Galam : « Et comment tu t'es senti ? »

FG3Int1 : « Bah je me suis senti un peu con. Enfin j'étais surtout soulagé qu'il n'y ait pas eu de problème grave, hémorragique et qu'il n'ait pas fait la fibroscopie. Heureusement que lui il a vérifié. »

Dr Galam : « Tu en as parlé avec d'autres gens ? »

FG3Int1 : « Oui j'en ai parlé avec mes co-internes. Ils m'ont dit que c'était bien qu'il n'y ait pas eu le geste et que c'était quelque chose qui pouvait arriver à tout le monde. Et moi je me disais que je serai plus rigoureux pour les patients qui doivent passer des examens. »

Investigatrice : « Est-ce que vous en avez parlé aussi avec l'équipe paramédicale ? »

FG3Int1 : « Non pas du tout. »

Dr Galam : « Est ce que tu as tiré un enseignement de cette histoire ? »

FG3Int1 : « C'est une erreur assez bête donc il faut juste faire gaffe. C'était vraiment le début de l'internat aussi. C'est juste une petite erreur. »

Dr Galam : « Ca aurait pu vous arriver ce qu'il raconte ? »

Tous : « Oui. »

Dr Galam : « Il y a bien une communication entre soignants, des échanges, même avec le patient. On dit qu'au fond, c'est un peu bête d'avoir oublié. Il n'y a pas une analyse complète, mais on pourrait faire une analyse plus complète pour se dire ce qui a fait qu'on a pu oublier ou au contraire ce qui a fait qu'on s'en est rendu compte à temps. As-tu des choses à dire là-dessus ? »

FG3Int1 : « Je n'ai pas été assez rigoureux là-dessus. »

FG3Int4 : « Il y a parfois les contrôles systématiques comme au bloc opératoire, où on coche tout ce qu'on doit faire. Le problème c'est qu'avec l'habitude notre cerveau a tendance à cocher de façon systématique. »

FG3Int5 : « Je pense qu'en tout début d'internat, on sait tout et rien en même temps. Et on a tendance à se poser des questions mais pas forcément les bonnes. Donc je pense qu'une check-list au début ça ne serait pas mal. »

Dr Galam : « Dans les blocs opératoires, les check-lists sont maintenant répandues. Et on dit que pour la check-list, ce n'est pas juste cocher des cases, c'est cocher des cases en parlant à quelqu'un d'autre. C'est un outil de communication. Merci pour ton intervention. Qui d'autre veut raconter ? »

FG3Int2 : « C'était en deuxième semestre, en médecine interne. C'était un weekend de trois jours. Ce n'était pas moi qui étais d'astreinte. Je vois mon patient le mardi, il était rentré pendant le weekend. C'est un patient pratiquement pas interrogeable parce qu'il a de gros troubles cognitifs et je constate qu'il a une perte de sensibilité et motrice des deux membres inférieurs avec un niveau. Et il se plaint de douleurs thoraciques. Et son motif d'hospitalisation, c'était « douleurs abdominales dans le cadre d'une cholécystite ». Donc je regarde sur l'ordinateur combien de fois il est passé aux urgences. Je constate qu'il y est passé vraiment plusieurs fois. La première fois, ils ont diagnostiqué une cholécystite, il y a une opération qui a été prévue. Il est revenu plusieurs fois, pour les mêmes motifs. Il y avait marqué « douleur abdominale, cholécystite » ; « douleur abdominale, cholécystite »... Mais pas une seule fois il y a marqué son déficit au niveau des membres inférieurs et quand j'interroge le patient, il explique que c'est assez récent, ça fait peut-être un mois que ça a commencé avec des troubles de la marche etc. J'appelle sa fille qui était à Marseille à ce moment là. Elle me dit qu'effectivement, il a un déficit moteur qui s'est progressivement aggravé. Là il ne pouvait plus du tout marcher le patient, il était complètement paralysé des deux membres. Elle disait qu'il y a un mois il marchait, là il ne marche plus du tout. Elle l'avait envoyé une fois aux urgences, quand elle était venue à Paris, mais qu'ils s'étaient focalisés sur sa douleur abdominale. Alors que le patient se plaignait vraiment de douleurs dorsales et qu'il a eu à un moment de la fièvre. Et là le patient avait aussi de la fièvre. Il avait été diagnostiqué à un moment une pneumopathie associée avec les douleurs abdominales de cholécystite. Je me dis que c'est quand même assez bizarre. J'en parle avec mon collègue qui était d'astreinte ce weekend, qui me dit qu'ils ont eux surtout constaté une hémiplégie et qu'ils ont fait un scanner cérébral qui ne montrait rien, pas d'AVC. Je lui ai dit qu'il bougeait ses deux bras mais pas ses jambes et lui me dit : « Non, non. » et puis il s'en va. J'en parle à mon chef et je lui demande de venir voir le patient avec moi. Il me dit qu'effectivement il a un déficit des deux côtés avec un syndrome de compression médullaire. J'essaie de négocier en urgence une IRM qu'il a le lendemain. Il fait l'IRM et j'appelle la grande garde de neurochirurgie. J'ai donc l'externe qui me dit : « Oui, oui on va le voir. » Je rappelle une heure plus tard. Il me dit : « Ah on n'a pas reçu les clichés. » Je renvoie les clichés et je rappelle une heure plus tard, il me dit : « Oh l'interne n'a toujours pas vu. » Et je rappelle encore mais au final je rentre chez moi. C'était mon collègue qui était de garde et je lui demande de se charger de l'appel. De chez moi, je rappelle encore une fois l'externe de neurochirurgie qui me dit que l'interne n'a pas encore regardé. Je rappelle une autre fois, j'ai passé toute la soirée à rappeler la grande garde qui me dit au final que ce n'est pas urgent parce que ça fait un petit moment que ça dure. Le jeudi je ne suis pas allée en stage parce que j'avais cours. Le vendredi je me dis que c'est quand même bizarre cette histoire, j'en parle à mon chef. Je me dis qu'il a forcément quelque chose et j'avais une autre patiente pour laquelle je devais aller demander un avis ortho. Du coup j'ai aussi parlé de ce patient là, sans avoir demandé l'accord à mon chef. L'ortho a regardé les clichés et il me dit : « Oh oui, c'est une grosse urgence, c'est une spondylodiscite, regarde on voit bien... etc. Il a de la fièvre ça peut être une tuberculose etc. » Il voit le patient et me dit que c'est bien une spondylodiscite, que c'est super urgent, qu'il faut programmer un bloc en urgence. Et l'ortho il m'engueule moi, en me disant : « Ça fait combien de temps qu'il est dans votre service ? » Je dis que c'est depuis dimanche mais que moi je n'étais pas d'astreinte, que je n'ai vu le patient que deux jours au final. Il me dit : « Mais c'est une grosse urgence, c'est n'importe quoi cette prise en charge ! » Je me suis faite engueulée par l'ortho qui me disait que j'étais une incompetente et que j'avais mal fait mon travail alors que je me suis battue toute la semaine pour ce patient. Mon chef est passé et a engueulé l'ortho en lui disant que j'avais fait un travail de fou pour essayer de faire quelque chose pour ce patient. Donc l'ortho s'est calmé mais il a dit : « Oui mais bon, là il va falloir que je programme un bloc en urgence, demain matin. » Au final le patient s'est fait opéré. Je l'ai vu en post-op, il commençait à retrouver une motricité modérée au niveau des jambes mais je pense qu'il va rester paralysé très longtemps. Ça faisait un mois que ça durait cette histoire là et les urgentistes restaient focalisés sur la douleur abdominale de cholécystite diagnostiquée un mois avant et ils n'ont pas cherché à aller plus loin au niveau des jambes. Voilà, ça m'a énervée cette histoire. »

FG3Int1 : « C'est vrai que tout ce qui est rachis et déficit moteur, c'est très difficile parce que c'est une urgence extrême. Moi j'ai déjà eu une patiente qui commençait à avoir un déficit qui grandissait, subaigu. Quand ce n'est pas franc tu ne peux pas dire au radiologue : « Je veux maintenant son IRM médullaire »

FG3Int2 : « Lui est venu peut-être quatre fois aux urgences. Et sa fille qui habite à Marseille est venue à Paris pour l'emmener exprès aux urgences, dire aux urgentistes qu'il avait un problème aux jambes et dans les examens il n'y a pas une seule fois en quatre fois, pas un seul examen neurologique, pas un seul ! »

FG3Int3 : « Je pense que c'est compliqué de juger, sans avoir été là. Est-ce que elle l'a dit à un médecin ? Ou à l'infirmière, à l'aide soignante qui était là ? »

FG3Int2 : « La fille m'a dit qu'elle l'avait dit au médecin urgentiste. »

FG3Int3 : « Tu dis que c'est un monsieur qui avait des troubles cognitifs, mnésiques donc difficilement interrogeable. La datation des troubles c'est compliqué aussi. Si je réfléchis aux urgences, quand les patients arrivent, t'as pas de compte-rendu la plupart du temps, pas de coordonnées de médecin. Tu ne sais pas son état de base, tu ne sais pas s'il était déjà grabataire avant. On te dit qu'il y a des troubles mais qui sont difficiles à évaluer. »

FG3Int2 : « Oui mais quand tu as la fille qui est là et qui te dit clairement que son papa marchait peu de temps avant... »

FG3Int3 : « Je trouve ça entièrement dommage pour le patient. J'ai l'impression effectivement qu'il y a eu une faute, mais imagine d'autres personnes, tu connais ces urgences. La personne qui prend le patient avant la relève qui ensuite a transmis ce qu'elle pouvait à celui qui est de garde. Avec le problème des transmissions, ce sont des situations qui sont un peu compliquées. Il a eu de la chance de te rencontrer et d'avoir eu le temps pour faire le point. Et cette colère là tu ne devrais peut-être pas la ressentir mais au contraire voir le côté positif. »

FG3Int2 : « Oui mais c'est surtout que tu te fais engueulée par le chef d'ortho qui te dit que c'est de ta faute alors que toi tu te démenes comme une folle. En fait, j'ai eu deux patients comme ça. Aux urgences ils n'ont pas du tout essayé de comprendre le trouble moteur. Il y avait un patient avec compression médullaire qui était hospitalisé pour une pneumopathie et là il y avait un compte-rendu écrit qui disait que le patient marchait quinze jours avant. Je trouve ça dommage. »

Investigatrice : « Est-ce que tu en as parlé avec les urgentistes ? Ou des internes des urgences ? »

FG3Int2 : « Non, je connaissais la chef qui a vu ce patient plusieurs fois mais je ne lui en ai pas parlé. En fait, dans cet hôpital, les urgences c'est vraiment mal foutu. On est mal supervisé en tant qu'interne et des fois, tu es obligé de te battre avec eux pour leur faire entendre raison en leur disant que tu es sûr que c'est ça et eux te disent que « Non, ce n'est pas grave ». Enfin ça dépendait des chefs mais bon... »

FG3Int3 : « Je pense que c'est partout pareil. Dans les services, il y a des chefs à l'écoute d'autres non. Il y a des fois où tu es intimement persuadé que le patient a tel truc et tu dois te battre avec les chefs pour les convaincre que tu aimerais bien faire tel examen. »

FG3Int1 : « Je pense que ça m'aurait soulé aussi. Te faire engueuler par l'ortho alors que c'est toi qui as un peu dénoué le problème c'est injuste. C'est un peu frustrant. »

Dr Galam : « Vous en tirez quoi comme enseignement ? »

FG3Int5 : « Il faut faire un examen complet aux urgences ! (rires) »

Dr Galam : « Qu'il faut se bagarrer avec les collègues ? Ou à la fois, ne pas juger en disant que c'est parfois plus complexe que ça ? Finalement, vous êtes contente de ce que vous avez fait ? »

FG3Int2 : « Oui le patient ne va pas retrouver ses jambes d'avant mais au moins il aura retrouvé sa motricité et on aura trouvé la cause. C'est bénéfique pour le patient c'est sûr. »

Dr Galam : « Et ce moment d'engueulade dont vous parlez ? »

FG3Int2 : « Oui pourtant je lui avait expliqué toute l'histoire. Qu'il était venu plusieurs fois, que j'avais géré mardi, mercredi... Je lui avait expliqué pourtant, quand il m'a engueulée je me suis dit : « Mais il est con ou quoi ? »

FG3Int3 : « C'est juste qu'il a reporté une frustration qu'il avait à se retrouver avec une urgence à gérer, c'est un report de frustration. »

FG3Int2 : « Oui, je pense. Parce qu'après il m'a dit : « Tu comprends, c'est la première fois que je vais faire ça seul. Une opération du rachis un samedi matin avec pas forcément des aides compétentes qui sont spécialisées dans ça. » Parce qu'il était CCA. Oui je comprenais mais ce n'était pas de ma faute à moi. Mais c'est vrai qu'après il m'a dit ça.

Mais entre le moment où il a eu l'IRM et le vendredi matin, c'est passé à la trappe cette IRM

J'ai mon chef qui est rhumatologue à la base qui, après que je sois allée voir l'ortho et que je lui raconte, a regardé l'IRM et m'a dit : « Ah oui, en effet ! » Mon chef était là jeudi matin donc il aurait pu voir l'IRM. »

Dr Galam : « Si on fait une analyse de cette histoire, qu'est ce que vous en tirez comme enseignement ? »

FG3Int2 : « Que si je ne suis pas là, il n'y a pas de prise en charge de mes patients (rires). Non mais je pense qu'il faut aussi être rigoureux aux urgences. Et ne pas forcément se dire que le patient est grabataire. Un coup de fil à sa fille, ça aurait pris cinq minutes et on aurait pu connaître ses antécédents. Je pense que c'est important aux urgences de connaître les antécédents. Surtout quand le patient ne peut pas parler. Le numéro de sa fille était bien en évidence. Ils auraient su qu'il y avait eu ce problème. »

FG3Int3 : « Est-ce que ton chef est venu ensuite s'excuser auprès de toi, du fait de ne pas t'avoir supervisée ou de ne pas avoir vu les choses ? Parce que c'est un peu de sa faute aussi au chef. »

FG3Int2 : « Alors il m'a félicitée mais il ne s'est pas excusé (rires) »

FG3Int3 : « Est-ce que tu penses que le mode de consultation du patient n'est pas en cause dans l'histoire ? Je veux dire : tu consultes aux urgences, on te fait des examens aux urgences. Si ça ne va pas suffisamment bien et que tu rentres à la maison vers qui tu te tournes ? Là il y a le médecin traitant où quelqu'un qui connaît l'état de base du patient. Il n'y avait peut-être pas de généraliste qui soit capable de venir le voir à la maison. »

FG3Int2 : « Oui je suis d'accord. Ça faisait un mois que ça trainait, il n'y a pas en cause que les urgentistes qui n'ont pas trouvé ce qu'il avait. C'est un ensemble bien sur. Ça aurait pu être le médecin traitant qui serait allé le voir et qui se serait rendu compte. »

Dr Galam : « Merci très intéressant, qui d'autre ? »

FG3Int6 : « Moi j'en ai plein ! J'étais en pédiatrie en premier semestre depuis un mois et demi. Aux urgences, en plein hiver, dans un hôpital où la population était assez précaire, épidémie de gastro. J'ai une petite qui arrive avec sa maman qui dit que ça fait 36 heures qu'elle ne mange pas bien, qu'elle vomit.

On part sur une gastro. La petite je la trouve un peu flagada. Donc je demande à la maman si elle a des diarrhées, elle me fait « Non ». J'ouvre la couche et je vois une énorme selle donc bon je pars sur une gastro et je lui mets une perfusion parce qu'elle a deux mois et qu'elle est en train de se vider par les deux côtés et je repasse la voir deux heures après avec le résultat du bilan. Et là, la petite, ça n'allait pas. La première fois que je l'ai examinée, elle avait les yeux qui étaient tournés du côté de la maman. Donc je m'étais dit qu'elle regardait juste la maman et là par contre la mère est de l'autre côté mais la petite était toujours dans la même position. Je me dis qu'il y a quelque chose qui ne va pas et effectivement l'examen neurologique je ne l'avais pas... Il y avait trente patients en attente... Donc je n'allais pas non plus faire un examen extra poussé. Et là du coup, je reprends bien l'examen, la petite est vraiment raide, ça n'allait pas quoi. Je vais chercher la chef, j'avais la chance que ce soit une chef avec qui je ne m'entendais pas du tout. Effectivement, quand elle voit la petite elle me dit qu'on fait la PL. Elle avait un gros syndrome inflammatoire avec du pneumocoque partout à la PL. Ça a merdé aussi après dans la prise en charge, cette chef avait une prise en charge qui n'était pas optimale on va dire.

Du coup, je me sentais super mal. En reprenant l'histoire, après, on a appris que la petite était VIH et que la mère ne gérait pas le truc. Que la mère était complètement perdue, elle venait d'arriver en France et était quasiment à la rue. Et elle ne la faisait pas du tout suivre pour le VIH parce qu'elle n'était pas au courant. Là sur les 36 heures, elle ne mangeait quasiment rien.

Moi je m'en suis vachement voulu sur les deux heures de retard et j'en ai discuté après avec d'autres chefs, parce que avec cette chef là ce n'était pas possible. Ils m'ont dit que de toutes façons si ça faisait 36 heures qu'elle avait sa méningite, ce n'était pas les deux heures qui auraient changé quelque chose. Elle avait été transférée en réa dans un autre hôpital, j'ai appelé pour avoir des nouvelles après deux trois semaines : elle était toujours en réa, et sur le plan neurologique, ce n'était pas un légume mais ce n'était pas terrible. Et après je n'ai pas rappelé parce que je n'étais pas très bien avec cette histoire.

J'en ai rediscuté avec mes chefs qui me disaient qu'effectivement sur ma prise en charge, j'avais peut-être pris deux heures de retard avec mon examen initial mais que ça ne changeait rien au pronostic de la petite. Je me dis que j'ai eu de la chance là-dessus parce qu'avec la même erreur sur un gamin qui serait passé de pas de séquelle à des séquelles à cause de deux heures de délai, là pour le coup je m'en serai voulu à vie. Je me serais senti vraiment super mal alors que là je me dis que bon, mon erreur n'a pas changé grand-chose.

Les petits de deux mois je les examine systématiquement sur le plan neuro, même s'il y a six heures d'attente aux urgences, je ne ferai plus la même erreur.»

FG3Int2 : « C'était en début de semestre ? »

FG3Int6 : « Oui. »

FG3Int2 : « Tout au début du stage ? »

FG3Int6 : « Oui, au bout d'un mois ou un mois et demi. »

FG3Int3 : « Si je peux juste me permettre, ça me rappelle un gamin en période de bronchiolite, c'est mon collègue qui l'a vu. Un petit asthmatique qui avait 4 ans, et comme il était plus vieux que toutes les bronchiolites, toutes les bronchiolites passaient avant. Et lui, asthmatique, il est passé un peu tard et c'était en fait une pneumopathie avec un sepsis à staphylocoque, assez sévère. Il a fini en réa. Ce que je veux dire c'est que ce n'est pas toujours facile. Tu peux examiner tout le monde et prendre ton temps mais tu imagines si tu avais examiné tout le monde longtemps... Tu serais peut être passé à côté d'autres choses. Ce qui est important et tu l'as fait c'est de venir réévaluer. Et tu vois si ça a bougé ou pas. Donc je comprends complètement que tu t'en veuilles sur le retard mais... »

FG3Int6 : « Ah bah sur le moment, ça m'a mis en panique, j'étais complètement stressé. En plus avec l'autre chef avec qui ça ne se passait pas bien... »

FG3Int3 : « Il ne faut pas oublier qu'aux urgences tu as aussi un temps limité et il faut que tu puisses voir les autres. »

Investigatrice : « Quand tu dis en avoir parlé avec d'autres chefs et non pas avec celle qui était de garde, tu peux expliquer un peu pourquoi avec elle tu ne pouvais pas ? »

FG3Int6 : « Bah elle en a parlé aussi, mais bon, avec elle ce n'était pas très constructif. Ça se passait assez mal avec elle parce qu'elle était très très brut de décoffrage. Et quand elle avait décidé de quelque chose, c'était comme ça que ça se passait et pas autrement. Au niveau des recommandations c'était du grand n'importe quoi. Au niveau de ses pratiques, parfois il y avait des choses qu'elles n'auraient pas dû faire. Du coup je n'étais pas du tout en confiance avec cette chef, parce que si je ne me sentais pas à l'aise, je ne savais pas ... On s'est retrouvés une fois, appelés dans les étages pour un arrêt et à un moment je me suis dit : « Je gère mieux qu'elle ». Je n'étais pas du tout en confiance avec cette fille. Autant il y avait une autre chef, avec qui j'étais très en confiance, qui était très carrée, très très bien. C'est avec elle que j'en ai discuté après. Avec elle je me sentais vraiment à l'aise. »

Investigatrice : « Comment s'est passée la discussion avec l'autre chef ? Est-ce que celle qui était avec toi était là ? »

FG3Int6 : « Non, c'était pendant une garde. Avec elle ça se passait très bien. J'ai parlé du dossier, je lui ai raconté un peu. Je voulais savoir si j'avais vraiment fait une connerie ou... Elle m'a dit : « Non, de ce que tu me racontes, non. Ce n'est pas deux heures qui auraient changé grand-chose. C'est vrai que tu aurais pu, mais bon c'est facile après de dire j'aurais pu faire ci, j'aurais pu faire ça. Quand c'est fait, c'est un peu trop tard. Elle m'a dit que je n'avais pas fait d'erreur majeure sur ce cas là. Ça n'aurait pas changé grand chose. »

Dr Galam : « Merci, les autres .. ? »

FG3Int5 : « Bon moi j'ai un peu honte. J'ai fait une grosse grosse erreur dans mon expérience d'interne. J'étais interne aux urgences, il y avait un patient... Je ne sais plus pour quel motif, bref, c'était un AVC. J'avais appelé le neurologue en urgence, qui l'a examiné, qui a confirmé que c'était une vraie suspicion d'AVC, qu'il fallait lui mettre de l'aspirine. Moi je notais en fait au fur et à mesure ce qu'il me disait sur une feuille. Et je pose la feuille. En fait cette feuille servait aussi de prescription pour les infirmières, et je vais sur mon ordinateur pour écrire mon observation.

Il y a un infirmier qui me demande si ce que j'ai noté sur la feuille est ma prescription et je réponds : « Oui ». Le patient a eu droit à son aspirine sans avoir eu son scanner ! Et je m'en suis rendu compte après avoir fini mon observation, je me dis « Merde il y avait écrit aspirine sur ma feuille ! » Il avait eu sa dose d'aspirine. Donc j'ai dû tout de suite le dire à un de mes chefs. Je me suis faite bien engueulée et j'étais à la limite de pleurer, parce que je me suis dit que si c'était un AVC hémorragique...

Et il est parti tout de suite tout de suite au scanner et c'était un AVC ischémique. Donc j'ai vraiment eu de la chance mais même dans ma chance je m'en suis voulue pendant plusieurs jours, je n'ai pas dormi, c'était une horreur. J'avais balancé de l'aspirine sans faire de scanner ! Le lendemain le chef en question est venu s'excuser, mais à la limite je n'avais même pas envie qu'il s'excuse. Je me sentais fautive. Lui trouvait qu'il avait été brutal et qu'il avait parlé assez sèchement. Je lui ai dit que non et qu'il avait eu raison, que j'avais fait une grosse faute. »

FG3Int6 : « C'était des prescriptions papier aux urgences ? »

FG3Int5 : « C'était assez foireux, ils essayaient de passer en informatique, mais les infirmières voulaient garder les prescriptions écrites pour ne pas avoir à aller voir sur l'ordinateur. Donc, nous, pour aller plus vite on notait les trucs sur la feuille d'admission et après on les rentrait sur informatique. Mais bon, je suis quand même entièrement responsable parce que l'infirmier m'a demandé si ce que j'avais noté sur la feuille c'était ma prescription pour le patient. Je suis quand même entièrement responsable parce que j'ai donné l'aval à l'infirmier qui certes, ne m'a pas demandé s'il avait eu son scanner mais il a fait sa part de travail. »

Investigatrice : « Est-ce que tu as su pourquoi tu avais dit oui à ce moment là ? »

FG3Int5 : « C'est parce que j'étais sur mon observation, j'étais distraite. J'ai dit oui parce que d'habitude tout ce que je note sur ma feuille c'est ce qui est prescrit. Et puis j'ai un peu suivi aussi comme un mouton le neurologue qui m'a dit : « Tu mets l'aspirine. »

Investigatrice : « Lui t'avais dit de la mettre d'emblée ? »

FG3Int5 : « Lui m'avait dit : « Tu lui mettras l'aspirine. » Il ne m'avait pas dit de la mettre d'emblée. Mais c'était en supposant toujours que ce soit ischémique. Je pense que s'il ne m'avait pas dit cette petite phrase peut être que je n'aurais pas noté dessus l'aspirine. Mais bon avec des si... »

Investigatrice : « Comment ça s'est passé quand le chef est venu s'excuser ensuite ? »

FG3Int5 : « Moi je pense qu'il n'avait pas à s'excuser. »

FG3Int4 : « Quand tu es interne, tu es là pour apprendre et du coup pour faire des erreurs aussi. Et moi je ne pense pas que ce serait bénéfique si on me gueule dessus comme ça. »

FG3Int5 : « Je ne lui en veux pas parce que je pense que j'aurais pu réagir pareil avec mon interne dans cette situation. »

FG3Int2 : « Oui mais tu aurais peut être préféré qu'il dise que la connerie était faite, qu'il fallait la récupérer et débriefer après à froid, genre le lendemain. »

FG3Int5 : « Oui peut être. »

FG3Int6 : « Mais personne ne fait ça. »

FG3Int2 : « En même temps, si on parle de l'erreur médicale c'est pour s'améliorer. »

FG3Int6 : « Dans un contexte de service d'urgence avec le stress et tout ça... »

FG3Int1 : « Moi je trouve que la démarche de s'excuser n'était pas mauvaise et que si tu ne l'as pas acceptée c'est parce que tu culpabilisais. »

FG3Int5 : « Oui c'est vrai qu'on peut au moins saluer sa démarche. Parce que c'est vrai que ça s'était passé devant toute l'équipe dans le poste de soin, que moi je pensais que ça y est, j'allais porter l'étiquette de la fille qui a foutu l'aspirine, que je n'allais plus être crédible non plus auprès des infirmiers. En fait ça n'a pas du tout été le cas !

La suite du stage s'est très bien passée, mais je pense que c'est aussi pour ça qu'il est venu s'excuser. Parce qu'il avait fait ça théâtralement devant tout le monde. Il avait appelé le chef du déchoquage pour dire ce que j'avais fait ! »

FG3Int4 : « Franchement, je comprends tout à fait que ça puisse arriver ce genre de connerie avec les prescriptions papier. C'est plus un problème d'organisation du service, sur le plan juridique, c'est vraiment un problème d'organisation du service. Tu n'avais pas mis la prescription sur un vrai truc de prescription. C'est le service qui est foireux et tu ne peux pas tout le temps te demander : « Attends qu'est-ce que j'ai noté et où ? »

FG3Int1 : « De toute façon pour une prescription il faut ton nom, la date, l'heure, tu signes tu fais un truc propre. Là c'était des notes que tu avais fait ça n'était pas une vraie prescription. L'infirmier aurait pu te dire que ça n'allait pas. »

FG3Int6 : « Oui si la prescription n'est pas signée ça ne vaut rien. »

FG3Int5 : « Oui mais c'est vrai qu'on prescrivait sur des fiches IAO de l'entrée. Des fois quelqu'un qui venait pour vomissement pouvait avoir son Primperan® avant d'être vu et puis ensuite on notait comme ça sur la fiche Primperan®. C'est vrai que ça n'était pas très reglo les prescriptions... »

FG3Int4 : « C'était très bien fait sur l'informatique derrière mais pas sur le papier. »

FG3Int2 : « Et puis n'importe qui peut passer derrière et rajouter un truc ! »

FG3Int6 : « Oui alors qu'on pouvait faire de bonnes prescriptions sur ordinateur mais eux les infirmiers ça les saoulaient de devoir aller sur l'ordinateur et ils préféraient avoir leur fiche. »

Investigatrice : « Est-ce que ça a permis de rediscuter de ce problème de prescription dans le service ? »

FG3Int5 : « Non. En fait je me rends compte qu'on n'a même pas remis en cause le fait que je l'ai noté sur le papier. Quand on en a rediscuté, on a parlé de ma faute, c'est-à-dire d'avoir prescrit de l'aspirine sans scanner mais jamais que ça a été prescrit sur un papier, juste avant les transmissions du soir en fin de journée, enfin le truc basique quoi... »

FG3Int6 : « Oui parce que là ce n'est pas une question de compétence médicale. Tu n'aurais jamais mis de l'aspirine sans le scanner évidemment que non. »

FG3Int3 : « Ce n'est pas toi qui est en tort, c'est l'organisation du service. Normalement ça doit être sur une fiche spécifique. Je suis désolée, même s'ils ne veulent pas regarder sur l'ordi, il peut y avoir des fiches spécifiques, ce n'est pas compliqué de faire des lignes et des tableaux. »

FG3Int5 : « C'est vrai qu'on aurait peut-être dû en reparler, de l'organisation... Parce que c'est vrai que c'était mal fait. »

FG3Int6 : « Parce que le patient serait mort, c'est l'infirmier qui partait en prison. »

FG3Int5 : « Et moi avec. »

FG3Int4 : « Sur le plan médico-légal, tu n'es pas en faute parce qu'il n'y avait pas de prescription finalement. »

FG3Int6 : « Sur le plan médical, ça ne remet pas tes compétences en cause. Sur le plan communication ça n'a peut-être pas été optimal à 100% mais ce n'est clairement pas de ton côté qu'est la faute. »

Dr Galam : « Vous parlez d'une scène théâtrale ou vous êtes presque trainée dans la boue devant tout le monde. Vous dites que vous étiez presque d'accord d'ailleurs, qu'il avait raison. Comment il aurait fallu faire, ça aurait été quoi la bonne méthode ? »

FG3Int6 : « Pas devant tout le monde déjà, on perd vraiment en crédibilité. Alors si tu es vraiment quelqu'un de mauvais de toute façon les gens le savent. Les infirmiers vont systématiquement aller demander au chef derrière. L'équipe infirmière dans ton cas ne s'en est pas formalisée, car ils savaient comment tu bossais. Et c'était une erreur d'organisation des prescriptions. »

Dr Galam : « Pour vous l'acte lui-même s'inscrit dans un contexte général ? »

FG3Int2 : « Oui je pense que peu importe l'erreur, il faut toujours mettre la personne à l'écart et ne pas faire ça devant tout le monde parce qu'après on est vraiment très mal à l'aise. »

FG3Int6 : « Et même si c'est quelqu'un d'incompétent, qui est dangereux dans ses connaissances et ses actes, il faut le prendre à part pour lui dire qu'il est dangereux, même si on doit le pourrir, le pourrir à part. »

Dr Galam : « Vous avez évoqué aussi le côté systémique. Il y a une mise en cause du système ici ? »

FG3Int6 : « En tant qu'interne on a tellement l'habitude de changer de service, de se rendre dans un système et de prendre les habitudes de ce système parce que si au bout d'un mois on n'a pas pris les habitudes on est largué. On est conditionnée pour rentrer le plus rapidement possible dans le moule et du coup même si on râle sur certaines choses on sait que si on veut que ça fonctionne c'est à nous de nous adapter. Parce qu'on n'a pas assez de recul aussi sur le fonctionnement d'un service. Mais on peut comparer les différents services et leur fonctionnement et voir que dans certains c'est bien, dans d'autres il y a des choses qui ne fonctionnent pas. »

FG3Int3 : « Il y a un problème de légitimité aussi, parce que quand on veut changer une pratique et qu'on vient d'arriver dans le service... Ca leur paraît impensable que quelqu'un qui est nouveau dans le service puisse le remettre en question. Je ne parle pas forcément de moi, je parle de chefs que j'ai vus arriver en même temps que moi et qui voulaient changer les pratiques parce que ça nous choquait. Et on te répond : « Toi qui vient d'arriver depuis un mois, tu nous dis qu'on fait tout mal et qu'on doit changer ? »

FG3Int4 : « Bah oui. » (rires)

Dr Galam : « Donc que s'est il passé après ce lynchage en public ? »

FG3Int5 : « C'était la fin de journée, donc je suis rentrée chez moi en pleurant, en appelant ma mère qui n'est pas du tout médecin, pour lui raconter la grosse connerie que j'ai faite. Le lendemain, le chef est venu me parler de cette histoire. »

Dr Galam : « Il était un peu culpabilisé ? »

FG3Int5 : « Oui je pense, il m'a redit que de toute façon ça n'avait pas eu de conséquence. Parce que je lui avais dit que je n'avais pas dormi de la nuit. Et je crois qu'il m'en avait même reparlé en fin de semaine pour savoir si j'allais mieux, alors que moi j'étais rentrée en me disant que c'était fini, que la fin de stage était foutue, que j'étais nulle. »

Dr Galam : « Alors quoi j'arrête d'exercer ? Quels étaient les sentiments que... »

FG3Int4 : « Quand le facteur est passé, elle a cru que c'était les flics qui venaient la chercher ! »

(Rires)

FG3Int5 : « Je me demandais comment j'allais me remettre au travail, la prochaine erreur... Ce que ça allait être ? Je me dévalorisais un peu. »

FG3Int2 : « C'est vrai qu'après on doute vachement de nos prescriptions. »

FG3Int5 : « Oui après je passais dix minutes à relire mes prescriptions, à vérifier chaque ligne, c'est bon, c'est bon, c'est bon... Ça change un peu notre façon de pratiquer. »

FG3Int4 : « Parmi le grand panel d'erreur que j'ai fait, il y en a une aux urgences, un patient qui consulte pour douleurs abdominales, chez qui je n'avais rien trouvé et qui est revenu trois jours après. C'était une garde de 24 heures un samedi particulièrement horrible parce qu'il y avait beaucoup de monde. Il est venu avec les pompiers, et à ce moment là il devait y avoir quinze personnes en attente

Il est venu pour de la fièvre et une douleur abdominale importante. Il n'était pas content donc il a commencé à crier dans le couloir qu'il avait été reçu par un médecin de merde. Comme il n'arrivait pas à se calmer, et que moi je suis sorti dans le couloir à ce moment, il m'en a remis une couche sur moi, en parlant à tous mes patients qui étaient à côté. Du coup c'est la chef de garde qui l'a vu. Et il s'est avéré que j'ai raté son appendicite et qu'il revenait avec un abcès appendiculaire et de la fièvre. Et en fait je n'ai pas eu l'occasion de revenir le voir pour en discuter parce qu'il y avait sa famille et je pense qu'ils m'attendaient plus tous à la sortie des urgences. Il a plusieurs fois menacé de revenir me voir après. Du coup je pense que sur le moment je l'ai mal pris parce que c'était une garde difficile, qu'il restait la moitié de la garde à faire, j'étais assez fatigué. Juste après je me suis fait engueulé par les chirurgiens aussi qui m'ont dit que j'aurais dû les appeler le premier jour où il est venu pour avoir un avis chirurgical. Ce qui n'est pas vrai forcément parce que les fois où on les appelle pour des douleurs abdominales ils nous envoient chier. Du coup, il a eu droit à une bonne semaine d'hospitalisation parce qu'après il a fait un abcès de paroi. J'ai eu droit à mon co-interne de chirurgie digestive quand il est sorti qui est venu me dire : « Ne traîne pas trop devant les urgences parce que a priori il te cherche. »

FG3Int2 : « Toi la première fois que tu l'as vu, l'abdomen était souple ? Tu aurais pu y penser à l'appendicite ? En te disant que finalement non ce n'était pas ça ? Ou tu n'avais eu aucun doute ? »

FG3Int5 : « Il est venu pour une douleur épigastrique et hématémèse donc je ne pensais pas du tout à l'appendicite. Il n'avait pas de fièvre, pas de douleur en fosse iliaque droite. »

FG3Int3 : « Ca ne ressemblait pas du tout à l'appendicite. Tu n'avais pas de défense, tu avais d'autres causes plus probables à ces symptômes... »

FG3Int6 : « Ca peut faire une douleur en épigastrique, mais l'hématémèse ça ne l'évoque pas du tout. »

FG3Int3 : « Normalement quand tu as une douleur abdominale dont tu ne retrouves pas la cause tu dis aux gens : « Je ne peux pas vous dire ce que vous avez, on va surveiller. Peut-être que ça évoluera vers des symptômes qui évoquent quelque chose de plus grave, il ne faudra pas hésiter à reconsulter. »

FG3Int5 : « Je l'ai fait. »

FG3Int3 : « Si tu l'as dit c'est bon. »

FG3Int2 : « Pour moi ce n'est pas une erreur là, il n'avait peut être pas l'appendicite quand tu l'as vu. »

FG3Int6 : « C'est juste que ton patient considère que la médecine est une science exacte, que tu es passé a cote de l'appendicite il y a trois jours, qu'il avait déjà l'appendicite à ce moment là et que tu aurais dû la voir. »

FG3Int4 : « Moi dans le bilan je m'étais concentré sur l'hémoglobine et les globules blancs. Il en avait 22000. Dans un esprit de limiter les examens je n'avais pas fait de iono ni de CRP. Je n'aurais jamais su si à ce moment là ça m'aurait fait chercher plus. »

FG3Int5 : « Après est-ce que la CRP à ce moment là était justifiée ? Je ne pense pas. Bon tu avais les 22000 blancs, tu peux voir après mais pas dans le bilan initial pour une hématémèse. »

FG3Int3 : « Ce n'est pas le bilan que j'aurais fait non plus pour une hématémèse. J'aurais regardé si le ventre était souple, mais si c'était le cas je n'aurais pas fait de CRP. »

FG3Int4 : « Oui, on a discuté après un peu avec les médecins, savoir s'il y avait une erreur ou pas. Selon moi, c'est vraiment aussi le moment où il est arrivé je pense. Il est vraiment arrivé pile au moment il y avait plus de monde. Et puis après ça te poursuit tu sais, jusqu'à la fin de la nuit. »

FG3Int5 : « Oui ça te stresse, ça te stresse du coup dès le début de la garde. »

Investigatrice : « Comment ont réagi tes chefs quand il était agressif ou revendicateur ? »

FG3Int4 : « Ma chef qui était de garde ce soir là, a essayé de le raisonner. Elle est allée le voir en lui disant de se calmer, mais ça ne servait à rien. Ils ont essayé mais bon... »

FG3Int6 : « Tu disais que les chirurgiens t'avaient reproché de ne pas les avoir appelés... Donc là pour eux tu es complètement fautif, mais ils t'ont demandé ton examen ou pas du tout ? Savoir comment il était la première fois qu'il est venu ? »

FG3Int4 : « Ils m'ont demandé mais ça s'est terminé assez vite, il n'y a pas eu de grande discussion. »

FG3Int6 : « Ils avaient déjà leur point de vue c'est ça ? »

FG3Int4 : « Oui enfin, c'est surtout que je leur ai dit que si on les appelait à chaque fois pour une douleur abdominale.. ! Déjà qu'ils se plaignaient qu'on les appelait trop souvent ! Ça s'est terminé là. Il y avait le chef et l'interne, et le chef avait d'autres trucs à faire donc ils sont partis. »

FG3Int1 : « Tu en as parlé avec des chefs des urgences ? »

FG3Int4 : « Ils m'ont tous dit que c'était un diagnostic difficile quand c'est une appendicite qui se présente comme ça. Moi ce qui m'embête c'est qu'il soit arrivé à ce moment là. J'aurais regardé la NFS avec les 22000 blancs, mais moi j'étais pressé et focalisé sur autre chose. Je n'ai pas plus fais attention que ça. Depuis je me dis que je vais faire vraiment plus attention, vraiment regarder tous les résultats que je demande. Mais ça n'a pas loupé hein, j'ai refais plein de conneries comme ça. »

Dr Galam : « Quand vous avez discuté avec les chirurgiens vous vous êtes énervé alors ? Vous ne vous êtes pas laissé faire ? »

FG3Int4 : « Au début je croyais qu'ils allaient me dire : « T'inquiète pas ». Mais quand ils ont commencé à me charrier... C'est-à-dire qu'à ce moment là il y avait encore je pense douze personnes en attente, me reprendre une couche de « T'aurais dû faire ça » ça ne me plaisait pas. »

FG3Int2 : « Généralement moi quand je fais une connerie, tous les reproches qu'on peut me faire je me les suis déjà fait avant quoi. Tu n'avais pas besoin qu'on te le dise. »

FG3Int4 : « J'avais déjà essayé de refaire le point, de voir ce qu'il s'était passé et ils sont venus remettre une couche. Je leur ai dit gentiment mais bon... »

Dr Galam : « Est-ce que vous avez eu peur du patient ? »

FG3Int4 : « Sachant qu'il était militaire, 34 ans, particulièrement musclé oui ... Quand j'ai vu ses amis et sa famille aussi, qui regardaient par la vitre pour voir qui c'était qui s'était trompé. Sur le moment, je pense que j'étais trop crevé. Après quand mon collègue m'a appelé pour me dire : « Il te cherche. » Oui... »

Dr Galam : « A chaque fois que vous sortiez, vous aviez peur ? »

FG3Int4 : « Non, je ne sais pas... Au final même si on peut considérer ça comme une erreur, je pense que j'ai essayé de faire le maximum donc bon... Je pense aussi qu'il était énervé parce qu'il avait eu le droit à son toucher rectal. Il n'était pas très content avant, donc il n'était pas très content quand il est revenu. Moi je me suis dit que j'avais essayé de faire le maximum et que s'il devait se passer quelque chose et bien il se passera quelque chose. J'étais peut-être sorti avec une ampoule d'Haldol®. (Rires)

Après en avoir discuté avec les autres médecins, je pense que c'était une erreur plutôt légitime.

S'il avait fallu qu'il y ait une confrontation, ça m'aurait embêté s'il y avait vraiment eu une erreur... Ce n'était pas le cas ici. »

Dr Galam : « D'habitude on a peur des reproches, des juges, c'est plus rare d'avoir peur de se faire casser la gueule là c'est ... »

FG3Int4 : « Oui surtout que j'avais un co-interne qui m'avait poussé à prendre l'assurance professionnelle que je n'avais pas prise jusque là. Je suis parti le voir je lui ai dit merci.» (rires)

Investigatrice : « Tu as reparlé du patient avec la chef qui s'en est aussi occupé ? »

FG3Int4 : « Oui, on a repris tout le dossier et mes observations. Mais de toute façon, même le jour où il est venu la première fois, j'étais avec une chef qui avait relu le dossier avec moi, et elle non plus n'avait pas fait attention aux leucocytes qui étaient élevés. En fait l'histoire était assez sécurisée de tous les côtés mais ce qui était assez embêtant c'est qu'il est arrivé lors de cette garde chargée le samedi. Le lundi j'étais encore de garde donc je n'ai pas eu le temps de... Il m'a fallu quand même quelques temps avant de faire face à cette histoire, pendant quelques temps quand je venais aux urgences j'étais assez fermé, assez craintif de tout ce qui était douleur abdominale. Je ne me suis pas mis à demander des examens dans tous les sens, mais ça m'a pris du temps. J'en ai rediscuté avec plusieurs médecins, ensuite c'est passé. Le moment où c'est passé c'est quand il est sorti de l'hôpital, je soufflais déjà un peu. Mais pourtant je n'ai pas fait d'erreur assez massive... »

Dr Galam : « Merci, qui d'autre ? »

FG3Int3 : « C'est relativement bénin par rapport à tout ça. Mais ça m'a marqué. J'avais une patiente qui devait faire un myélogramme donc j'avais appelé les hématos.

Ils font le myélogramme et ils envoient les tubes au labo. Il en restait un qu'il fallait envoyer à Toulouse pour une recherche génétique. Et la patiente n'avait pas signé le consentement. Donc on avait négocié que quand sa famille arrivait dans l'après midi on en discuterait tous ensemble et que là on parlerait de signer ce consentement pour la recherche génétique.

La famille vient assez tard vers 18 heures, ils discutent et finissent par signer le papier pour le consentement. Et là je vais chercher le tube pour l'envoyer. Je ne le trouvais pas, j'étais un peu embêtée, je ne le trouvais pas mais je n'étais pas là au moment du prélèvement. Je cherche dans le frigo : rien. Je me dis qu'il a dû être envoyé, que je vais essayer de faxer la demande et que demain je m'assurerais qu'il est arrivé.

Le lendemain, j'en reparle avec les externes dont un qui était présent au moment du prélèvement parce que c'était sa patiente. Et il me dit : « Bah le tube il est là. » Et il me l'a sorti de sa poche. Et sur le coup j'étais tellement sur le cul que je n'ai pas su quoi lui dire.

Ca ne me serait même pas venu à l'idée de le garder dans ma poche ! Je lui demande : « Pourquoi tu l'as gardé ? » Il me dit : « Oh ils ont dit que ça pouvait rester à l'air libre pendant plusieurs heures. » Je lui ai dit : « Peut-être pas deux jours... »

Du coup, je me suis renseignée, pas de bol c'était vendredi. Le temps que ça parte à Toulouse, le prélèvement était foutu. Donc il a fallu reprélever la patiente, lui refaire un myélogramme la semaine d'après.

En fait, je n'ai pas su gérer cette situation, parce que cet externe était quand même un peu sous ma responsabilité et je ne savais pas comment lui expliquer que c'était une grosse connerie, qu'il fallait réaliser que la patiente allait être repiquée et que ce n'était pas anodin derrière. Et en plus on n'en a pas vraiment parlé avec la patiente ou avec sa famille. En fait, c'est passé plutôt inaperçu parce que comme ça avait été beaucoup trop long pour donner son consentement, au fond l'erreur de l'externe est passée un peu à la trappe. Elle serait probablement passée à la trappe dans tous les cas, parce que même si j'avais retrouvé le tube, s'il n'était pas parti pile le

vendredi matin on ne l'aurait pas eu davantage. Donc la patiente se disait plus : « Si j'avais donné mon consentement plus tôt, il serait parti, on ne m'aurait pas refait le prélèvement. » Donc les deux choses qui m'ont gênée c'est d'un de ne pas avoir su gérer la communication avec l'externe et deuxièmement qu'on ne l'ait jamais vraiment dit à la patiente. »

Investigatrice : « Tu en as parlé à quelqu'un d'autre ? »

FG3Int3 : « J'en ai discuté avec mon chef, et on a compris que de toute façon on n'aurait pas pu avoir le résultat mais on n'en a pas parlé aux externes après, et on n'en a pas parlé à la famille. C'est passé comme quelque chose de complètement anodin. »

Investigatrice : « Est-ce que selon toi l'externe a eu conscience d'avoir fait quelque chose qui n'aurait pas dû être fait ? »

FG3Int3 : « Je pense qu'il y a eu un peu d'étonnement sur le moment. Mais ça n'a pas eu l'air de le travailler des masses et en fait je pense que je n'ai pas insisté parce que ayant déjà fait une connerie bon... Peut être pas du même genre... Mais quand j'étais externe je m'en suis tellement voulu que je me suis dit qu'en tant qu'interne ce n'était peut-être pas la peine d'en rajouter. Alors qu'en fait je pense que si parce que je crois qu'il n'avait pas entièrement pris conscience de ce qu'il avait fait. Je n'ai peut être pas réagi comme il aurait fallu avec cet externe là, et je me demande si je me suis pas dit que de toute façon ça continuera à lui passer au dessus de la tête. »

Dr Galam : « Vous vous en êtes voulu de ne pas avoir parlé avec l'externe ? »

FG3Int3 : « Non je me suis surtout dit que ce n'était pas la réaction la mieux et surtout que ce serait bête qu'il fasse une erreur du même type plus tard. Parce que je n'aurais peut être pas assez insisté à un moment où c'était peut-être finalement le mieux. Donc non ce ne sont pas des gros regrets mais je me demande encore un peu comment j'aurais dû réagir. Est-ce que j'aurais dû être plus virulente ? Un peu comme dans ton histoire... Est-ce que j'aurais dû beaucoup l'engueuler et revenir m'excuser le lendemain ? »

FG3Int1 : « Ce n'est pas mal que tu te sois retrouvée dans cette situation parce que c'est aussi quand tu as quelqu'un sous ta responsabilité qui fait une connerie que ... Tu dois savoir doser. »

FG3Int3 : « En fait, j'ai tellement l'habitude de... Par exemple si je fais une PL c'est moi qui gère la PL, les tubes, les étiquettes... Et je m'arrange pour qu'ils partent au labo et je m'assure qu'ils sont bien arrivés. Mais, du coup, comme je n'avais géré qu'à moitié et que c'était un peu les hématologues qui avaient fait les papiers, géré les trucs. Je n'avais pas géré donc je sais qu'il y avait aussi une petite partie de ma faute aussi. Je n'avais pas pisté les prélèvements. »

Investigatrice : « Quand tu as cherché le tube après avoir eu le consentement, l'externe n'était pas là ? »

FG3Int3 : « Non c'était l'après midi. Ils n'étaient là que le matin. »

Dr Galam : « Donc vous vous êtes sentie responsable ? »

FG3Int3 : « Partiellement. »

Dr Galam : « Vous vous êtes un peu identifiée à cet externe et vous n'avez pas osé l'engueuler ? »

FG3Int3 : « Parce qu'en fait moi quand j'étais externe, il y avait eu un moment où on devait faire une PL au bloc pour un type qui avait une leucémie et il y avait trois produits à injecter de chimiothérapie. Donc pour la PL il était endormi, je la fais nickel. Tout s'est bien passé. J'injecte mon premier produit, tout va bien. J'injecte mon deuxième produit, tout va bien. Et puis le troisième produit, c'était des corticoïdes. Ils sont tombés par terre donc on n'a pas pu les injecter. Et moi je m'en étais beaucoup voulu à ce moment là, en me disant : « Mais s'il rechute, ça sera de ma faute ». Avec une interne qui au contraire était très soutenante et qui me disait que ça arrivait à tout le monde, que ce n'était pas une injection qui allait changer les choses. Mais je m'en suis vraiment voulu sur le moment. Donc je pense qu'il y a aussi une partie de ça qui fait que je ne l'ai pas autant engueulé que j'aurais dû. »

Dr Galam : « Cette première histoire était présente à ce moment là ? »

FG3Int3 : « Je ne sais pas, je me dis que c'est possible. Je me dis qu'il faut faire prendre conscience des erreurs aux gens, mais les traumatiser ça n'a pas forcément un impact, un bon impact. »

Dr Galam : « Vous dites : « Je vais me positionner vis-à-vis de l'erreur des autres, comme je me positionne face à ma propre erreur ». C'est une clé pour comprendre le fonctionnement des autres. »

FG3Int3 : « Le truc c'est que j'ai réagi comme s'il était moi, et moi je m'en serais voulu. Je me serais auto flagellée et en fait ce n'était pas du tout son caractère mais alors pas du tout. »

FG3Int1 : « Il comprendra quand il sera plus grand. »

FG3Int3 : « J'espère. Quand il me regardait travailler, il me disait : « Oh non c'est trop dur, je ne ferai pas ça. Qu'est ce qu'il y a de plus planque ? »

Dr Galam : « Merci vous avez raconté des histoires très riches. Avant de terminer, qu'est-ce que vous pensez d'avoir mis en commun ces histoires ? »

FG3Int1 : « On le fait déjà entre co-internes, un peu pareil presque. »

Dr Galam : « De manière informelle, dans le couloir c'est ça ? »

FG3Int1 : « Oui ».

Dr Galam : « Par exemple, vos histoires vous les avez racontées à des collègues ou non ? »

FG3Int1 : « Oui. C'est beaucoup plus facile d'en parler à ses co-internes en stage que là. Moi je trouve ça un peu bizarre parce qu'on n'a jamais été ensemble en stage. »

Dr Galam : « Donc la personne avec qui c'est le plus facile de parler c'est les co-internes alors ? »

FG3Int1 : « Ah oui ».

FG3Int2 : « On est au même niveau en fait. »

Dr Galam : « Et les seniors ? »

FG3Int1 : « Oui, mais ça dépend des chefs. »

FG3Int6 : « Si, si les chefs oui. »

FG3Int4 : « Il faut bien s'entendre avec le chef. Un chef avec qui ça se passe mal va te pourrir en réalité et ça ne va pas être constructif. Déjà qu'on se pourrit nous même si quelqu'un en rajoute derrière. »

Dr Galam : « Qu'est-ce qu'il faut pour que le chef puisse être digne de vous entendre raconter vos histoires ? »

FG3Int4 : « Que ce soit un chef présent, comme ça on peut parler de tout. Et qui va nous apprendre des choses aussi. Un chef qui est là pour nous apprendre et pas uniquement pour dire qu'on est là pour être leur larbin et diminuer leur charge de travail. »

FG3Int2 : « Un chef qui n'a pas l'air emmerdé quand on lui demande de l'aide. »

FG3Int4 : « Oui voilà ! »

FG3Int3 : « Pas qui donne une réponse par téléphone, juste « Tu fais ça », qui se déplace. »

FG3Int4 : « Qui prend du temps. »

FG3Int3 : « Et ça on le voit dans les situations où ça ne va pas bien. Si déjà dans les situations physiques, juste savoir je fais la PL ou pas, il n'est pas présent on ne va pas lui parler d'un truc métaphysique. »

Dr Galam : « Est-ce qu'il faut qu'il soit absolument bienveillant ? Quel serait le bon positionnement ? »

FG3Int1 : « Au moment où on lui raconte au moins qu'il soit bienveillant. Après s'il y a un jugement à mettre derrière ça dépend de la connerie qu'on a faite. C'est sûr que si on lui annonce qu'on a tué un patient il ne va pas nous dire : « Vas-y continue ». Mais oui qu'il soit au moins disposé à écouter quoi. Parce qu'on doit pouvoir lâcher ce qu'on a sur le cœur. Au final c'est un peu de la validation, savoir si j'ai bien fait, est-ce que c'est une vraie erreur, est-ce que ça va avoir des conséquences sur le patient, est-ce que j'ai raison de m'en vouloir ou pas en fait. Après il va confirmer... C'est lui qui a l'expérience. Il a suffisamment de recul et est suffisamment

extérieur a la situation pour pouvoir nous dire : « Là tu as vraiment merdé, c'est quelque chose qui ne doit pas se reproduire. Là il ne faut pas que ça se reproduise mais ça n'aura pas de conséquence. Là ce n'était pas une erreur, tu es en train de te mettre des trucs dans la tête qui ne sont pas vrais. » Qu'il nous permette de se repositionner et de savoir la vraie valeur de ce qu'on a fait quoi. »

Dr Galam : « Et dans vos expériences, vous en avez rencontré des perles rares comme ça ? »

FG3Int1 : « Oui ce n'est pas si rare que ça. »

FG3Int4 : « En général, dans un service il y a toujours un chef qui est meilleur que tous les autres. Ce chef c'est le chef génial. »

Dr Galam : « A l'inverse il y en a plusieurs a qui on n'a pas envie d'aller parler ? »

FG3Int4 : « Oui ! » (Rires)

FG3Int1 : « Oui »

FG3Int3 : « Je pense que c'est bien d'en parler à un chef qui n'était pas concerné par la situation. C'est bête mais on a souvent l'impression qu'on cherche un bouc émissaire quand il y a un problème. C'est lui, lui ou lui ? Donc des fois, en parler au chef avec lequel on était cette nuit là ce n'est pas forcément productif. »

FG3Int4 : « Il dira que c'est toi, pour pas dire que c'est lui. »

FG3Int3 : « Pas toujours mais il y a un petit peu de ça oui. C'est difficile de savoir avant. »

Dr Galam : « Il peut aussi vouloir vous absoudre en vous disant que ce n'est pas grave. »

FG3Int3 : « Oui trop absoudre ou l'inverse essayer de charger parce que lui aussi se sent coupable et qu'il ne veut pas que tout se repose sur lui. »

FG3Int5 : « C'est vrai que c'est énervant de s'entendre dire : « Tu as fait une erreur ». Et que le chef vienne te dire : « T'es bête, tu as fait une erreur ». Alors que peut-être que toi tu ne le ressens pas forcément comme ça mais que pour toi il y a une part de responsabilité de toi mais aussi des autres. Il y a certains chefs qui peuvent te dire : « Ce n'est pas bien ce que tu as fait, c'est une grosse erreur. » Mais qui ne prennent pas aussi en considération leur responsabilité. On est interne on est sous la supervision d'autres personnes. »

Dr Galam : « Donc on fait ça de manière informelle plutôt à des collègues ou à des chefs qui soient fiables, présents etc. »

FG3Int1 : « Ce que j'aime bien faire c'est en parler à plusieurs personnes parce que ça permet d'avoir un avis un peu global. Juste une personne tu n'as que son avis à elle. »

Dr Galam : « Il y en a deux d'entre vous qui ont assisté à l'ECOS, dites nous quelques mots ? »

FG3Int4 : « C'était au cabinet en ville. L'erreur c'était une prescription de pénicilline à quelqu'un qui était allergique et qui revient quelques jours après avec une grosse éruption sans autre conséquence immédiate. Par contre le patient cherchait à comprendre pourquoi. Il était joué par l'examineur, il ne comprenait pas pourquoi on avait fait ça alors qu'il était allergique.

C'est difficile quand on n'a pas été dans la situation de celui qui a fait l'erreur et qu'on se retrouve dans un scénario d'erreur alors que justement on n'a pas tout le contexte à côté. Je crois que c'était précisé que c'était écrit dans le dossier mais on ne sait pas si c'est parce qu'il n'avait pas vu l'alerte, depuis quand il connaissait le patient : des choses qui rentrent en ligne de compte. Si on sait le mécanisme de l'erreur on sait beaucoup plus quel message faire passer pour ne pas que ça se retourne en agressivité. »

FG3Int3 : « J'ai trouvé difficile de savoir quel terme employer pour ne pas banaliser ce qui est mal perçu par le patient, et en même temps ne pas trop l'inquiéter, ne pas lui dire : « Oui c'est bon ce n'est rien » ni « Oh vous avez risqué l'œdème de Quincke ! Vous avez failli mourir ». Trouver un juste milieu entre ne pas trop minimiser parce que ce n'est pas plaisant par le patient et ne pas trop l'inquiéter. Un truc qui n'a pas trop été joué mais qui était dans la grille de correction c'était « Ne pas trop se laisser marcher dessus quand le patient s'énerve ». Et ça c'est dommage, ça n'a pas trop été joué par les examinateurs, ils n'ont pas été trop méchants.

Comment gérer cette agressivité en reconnaissant l'erreur et en disant que ce n'est pas une raison pour autant de nous agresser. »

FG3Int2 : « Ce qui est difficile aussi c'est de renouer une relation de confiance alors qu'on vient de montrer qu'on n'était pas infailible. C'est vrai qu'il y a beaucoup de patients pour qui la médecine est une science exacte et là on vient de lui prouver que non. On fait des conneries, c'est difficile de ne pas remettre en question toutes nos prescriptions. »

Dr Galam : « Je vous remercie. Il n'y a pas que ça dans la vie, des fois on ne se trompe pas et ça se passe bien. »
Fin

FOCUS GROUPE 4

Journées de Médecine Générale ; Atelier : « La première fois... que je me suis trompé. »
Le 28 juin 2014, Faculté de Bobigny

Réalisation d'un entretien par focus groupe avec six internes de semestres et facultés différents, Pr Aubert du DMG Paris Diderot et moi-même.

Durée du focus groupe : 1heure 15 minutes

FG4Int1 : « Moi c'était il n'y a pas très longtemps, lors d'une visite à domicile. Pour un petit de dix ans qui avait sauté d'une hauteur d'un mètre ou un mètre cinquante et qui avait mal à une cheville. J'étais avec mon senior, je ne me souviens pas ce que le petit avait dit mais il avait mal à gauche ou à droite. Bon là, on va dire la cheville droite et je l'ai examiné à la cheville gauche. J'ai fait toutes les manipulations à gauche. Je l'ai fait marcher en regardant à gauche, et en fait, à la fin de l'examen, je dis à la mère : « Ce n'est pas enflé ». Les deux n'étaient pas enflées d'ailleurs. Il n'a pas mal pour moi c'est bénin. J'explique à la mère, c'est surtout ça qui est horrible, et le chef qui était derrière, attend que j'ai tout fini et va examiner l'enfant du pied droit et là je me suis sentie... Enfin c'était horrible, je n'avais qu'une envie c'était de sortir de la maison ! (Rires). Et finalement il a demandé une radio, de la cheville droite. Je pense que les vingt minutes après, je ne parlais pas au médecin, j'étais... Je ... Bon c'était clairement de ma faute, mais je me disais : « Mais quand même il aurait pu me dire que je m'étais trompée de jambe. » Mais c'est de ma faute parce que j'aurais dû vérifier les deux chevilles, mais maintenant je le sais, c'est ancré dans ma mémoire. Mais sur le coup j'étais vraiment très très gênée. Et en plus c'était devant... Enfin il y avait les parents, c'était... »

Investigatrice : « Les parents ont compris que tu t'étais trompé ? Comment ont-ils réagi ? Et ton senior ? »

FG4Int1 : « Du coup je me suis excusée. Mon senior : il a rigolé. Du coup on en a reparlé après sur la route et lui a trouvé ça très drôle. Mais vraiment, pour lui, c'était hilarant. Donc voilà... Et quand je me suis aperçue de mon erreur, j'étais à côté de la mère et j'ai dit : « Ah je suis désolée, j'ai cru qu'il avait dit que c'était la cheville gauche. » Et Je me suis excusée. Mais quand même... Je n'étais vraiment vraiment pas bien. »

Investigatrice : « Elle n'a pas eu de réaction la maman ? »

FG4Int1 : « Non mais je pense qu'une fois que je suis partie elle a dû se dire : « Ah non mais ces internes... » J'aurais été à sa place, j'aurais dit exactement la même chose donc j'imagine très bien ce qu'elle a pu dire ensuite. Et mon chef a trouvé ça vraiment très marrant. Je trouve que c'est encore plus humiliant du coup avec du recul. »

Investigatrice : « Tu t'es sentie un peu honteuse ? »

FG4Int1 : « Ah oui, mais même pas un peu ! Beaucoup ! Et soulée aussi. »

Investigatrice : « Tu en as parlé à quelqu'un d'autre ? »

FG4Int1 : « Oui à une copine, mais j'ai eu du mal à lui en parler. Je lui ai dit : « Il m'est arrivé quelque chose, c'était horrible. » Mais j'ai eu du mal à lui en parler et je ne l'ai dit qu'à elle. »

Investigatrice : « Qu'est ce que ça t'a apporté de lui en parler ? »

FG4Int1 : « Ca m'a un peu soulagée, et je lui ai demandé ce qu'elle avait pensé du comportement de mon senior. Enfin, un peu pour m'appuyer, je pense que je cherchais plus une épaule pour pleurer. »

Investigatrice : « Vous pouvez tous intervenir, posez les questions que vous souhaitez... »

Pr Aubert : « Ca me fait penser à une histoire dont j'ai lu le récit dans le bulletin de l'Ordre des médecins il y a 4-5 ans. Sur un chirurgien qui amputait la jambe d'un diabétique et qui s'était trompé de jambe. Il s'en est aperçu après avoir amputé le diabétique.

Voilà pour dire que c'était quand même moins grave. » (Rires)

FG4Int1 : « Oui... Oui. »

Pr Aubert : « Ce qui est marrant c'est que... Moi je pense que ça m'est arrivé plein de fois, ça, d'examiner le mauvais membre de quelqu'un. Mais, en général, ça ne va jamais très loin parce que le patient nous dit tout de suite : « Mais c'est l'autre. »

FG4Int1 : « Oui mais là c'était un enfant. »

Pr Aubert : « Qu'est-ce qu'il a dit ? Comment ça s'est passé dans sa tête à ce moment là ? »

FG4Int1 : « Lui il n'a rien dit. »

Investigatrice : « Il avait quel âge ? »

FG4Int1 : « Euh... Moins de dix ans. Je n'ai pas le chiffre en tête. »

FG4Int2 : « Je trouve que c'est toi qui te fais le plus de reproches. Tu t'auto-engueules alors que ton maître de stage en a rigolé et les parents n'ont rien dit. »

FG4Int1 : « Oui mais le sentiment que j'ai ressenti au moment où il a regardé l'autre pied, j'avais juste envie de disparaître dix mètres sous terre. C'était humiliant pour moi.

Et effectivement ce n'était qu'une entorse, ça aurait pu être autre chose, j'ai eu de la chance entre guillemets. »

Pr Aubert : « Je pense que nos erreurs, parce qu'on en fait tout le temps, il faut toujours s'interroger : est-ce que c'est une erreur qui a une importance pour le patient ou pas ? Quelque part là, c'est une erreur d'amour propre, ce que vous racontez c'est une blessure d'amour propre, c'est ça qui est douloureux. Il ne s'est rien passé, le gamin a été réexaminé. Je pense qu'on a dans nos erreurs beaucoup de... L'amour propre c'est aussi quelque chose d'important. »

Investigatrice : « Et que penses tu de la réaction de ton maître de stage, de la façon dont vous avez abordé cette erreur ? »

FG4Int1 : « Oh bah on ne l'a pas abordée ! Il a trouvé ça super marrant. Ça ne m'a pas vraiment plus. Moi j'avais honte, j'aurais préféré qu'il me dise que ce n'était pas grave mais pas qu'il en rigole comme ça. Ou même si c'était grave qu'il me le dise mais là on n'en a pas parlé du tout. Voilà. »

Investigatrice : « Merci. Qui d'autre souhaite intervenir ? »

FG4Int3 : « C'était en plein milieu de la nuit, j'ai été appelée en gériatrie pour une détresse respiratoire. Donc j'étais un peu seul avec l'équipe infirmière de la nuit. Pour moi, quand je vois la patiente, elle était hypertendue, elle avait clairement des signes de surcharge. Je pense que c'est un OAP hypertensif, donc je la mets sous Lasilix® et je redescends aux urgences. Et en fait, j'ai été rappelé une heure après parce qu'elle était en choc, elle avait 8 de tension et elle se dégradait sur le plan respiratoire. Du coup j'ai été obligé d'appeler la réanimatrice qui est venu voir la patiente et qui a conclu plutôt à un choc septique. Je m'étais complètement gouré de diagnostic et donc de traitement.

Ce qui nous a posé problème c'est que c'était une patiente en gériatrie, avec un cancer à un stade évolué et pour qui l'infirmière nous transmet qu'elle est à un stade non réanimatoire.

La patiente, on ne lui a pas posé clairement la question, mais elle était incapable de nous dire ce qu'elle savait de sa maladie et voir si c'était clair pour elle, qu'elle n'était pas réanimatoire. Mais dans le dossier il n'y avait rien d'écrit, malgré ce que nous disait l'équipe soignante... Sur le coté non réanimatoire. A deux heures du matin on ne pouvait pas appeler les médecins du service, on a fini par appeler la famille qui nous a dit qu'ils avaient eu une consultation spécifique pour ça et qu'elle n'était pas réanimatoire. Ça ça nous a malgré tout aidés. L'évolution a été fatale parce que malgré la mise rapide sous antibiotiques... Il y avait probablement un retard aussi dans le traitement parce que ma première intervention n'avait pas été du tout bénéfique pour la patiente. La réanimatrice ne l'a pas prise dans son service et malgré les antibiotiques, elle est décédée dans la nuit. On a été obligé de la sédaté finalement parce que la détresse respiratoire n'était pas du tout sympathique... Je m'en veux encore de m'être trompé... Alors, après, la réanimatrice m'a rassuré en me disant que c'était un pari thérapeutique et que vu la situation quand j'étais arrivé, c'était possible que ce soit ça.

Même si je pense que je me suis trompé.... Mais moi j'ai pu discuter avec la réanimatrice et avec les internes du service le lendemain. C'est la première chose que j'ai faite et ça, ça m'a bien servi. Puis ce qui m'a vraiment aidé aussi c'est que la première fois que je suis intervenu j'étais tout seul et ça c'était un peu compliqué et la deuxième fois d'être avec la réanimatrice, c'était très différent. »

Investigatrice : « Avec le recul, tu en as parlé avec plusieurs personnes, facilement ? »

FG4Int3 : « Oui enfin, je m'en veux toujours parce que deux heures de retard entre mon intervention et l'appel du réa... Ca n'a pas du tout aidé la patiente, qui malgré tout était non réanimatoire. Et deux jours après, j'avais parlé aux médecins du service qui m'avaient confirmé qu'il y avait eu une consultation, pas d'annonce, mais qu'on lui avait dit que c'était la fin... Donc c'était cadré mais pour nous, le fait de ne pas savoir, ça a été difficile. »

Pr Aubert : « Quel âge elle avait ? »

FG4Int3 : « Elle n'était pas si vieille que ça elle avait entre 60 et 70 ans. Elle était très angoissée, donc il fallait vraiment prendre une décision rapidement. Et peut-être que mon erreur ça a été de ne pas appeler la réanimatrice avant. Au début j'étais convaincu par mon diagnostic et du coup j'ai prescrit le traitement en rapport. »

Investigatrice : « Et sur quel argument la réanimatrice a rectifié le diagnostic ? »

FG4Int3 : « Un des arguments, c'était l'échec du traitement par Lasilix®. Parce qu'elle m'a dit : « Si elle est en choc et que ce n'est pas amélioré par le Lasilix®... »

Investigatrice : « Donc pour elle ce n'était pas évident non plus ? »

FG4Int3 : « Non mais elle m'a dit que dans ces cas là, il faut taper large. Elle a quand même essayé de se mettre à ma place, mais elle m'a aussi dit que si elle était intervenue, elle aurait quand même essayé les antibiotiques dès le début. »

Investigatrice : « Pour toi tu retiens un retard diagnostique, mais le diagnostic était tout de même difficile... »

FG4Int3 : « Ah oui, mais avec le recul j'aurais quand même du faire appel, je n'aurais pas dû prendre la décision seul. J'aurais au moins dû faire appel à quelqu'un plus haut... Au moins appeler la réanimatrice sans qu'elle se déplace. »

Investigatrice : « Est-ce que ça a changé quelque chose pour toi ensuite, dans ta façon de travailler par exemple ? »

FG4Int3 : « Je n'ai pas été confronté de nouveau à ce type de situation mais je pense qu'à l'avenir je ferai appel plus facilement, ne serait-ce que pour ma prise en charge. »

Pr Aubert : « Est-ce que c'est évitable ? Moi j'ai tendance à penser qu'il y a un certain nombre d'erreurs, qu'on a tous fait, qu'on va tous faire qui sont inévitables. C'est-à-dire : une embolie pulmonaire, vous allez passer à côté d'une embolie pulmonaire, si ce n'est pas déjà fait, ça va être fait. Et on s'en veut beaucoup, on se dit : « Cette patiente était essoufflée, je n'ai pas fait attention. » Et puis celui qui a fait le diagnostic on a l'impression qu'il est bien meilleur que nous. En même temps celui qui a fait le diagnostic, il passe après nous et il a dans l'idée que puisque la situation s'aggrave et que le premier diagnostic posé n'a pas empêché l'aggravation, il a des éléments supérieures aux nôtres. Finalement là c'est ce qu'il vous arrive, c'est la situation assez classique de l'embolie pulmonaire.

Au niveau médical, j'ai vu la patiente, elle était essoufflée, elle avait un peu de fièvre, je suis partie sur un truc infectieux. Et puis elle n'allait pas bien, elle est allée aux urgences, et puis aux urgences on a dit : « Le généraliste il est vraiment nul. » Alors qu'on ne tient pas compte du fait qu'aux urgences ils ont une information de plus, l'Augmentin® n'a pas marché. Il y a une différence entre toi et le médecin qui suit. »

FG4Int3 : « Il y a des erreurs qui sont entre guillemets évitables... »

Pr Aubert : « Voilà, est-ce que c'était évitable ? Quand tu reprends l'histoire. »

FG4Int3 : « Quand je suis arrivé, j'étais vraiment convaincu de la détresse respiratoire sur OAP, donc je n'ai peut être pas assez cherché une autre cause. En même temps la réanimatrice m'a dit qu'elle avait supposé le choc septique après que le Lasilix® ait été inefficace... »

Investigatrice : « Tu ne peux pas attribuer avec certitude le décès de la patiente à ton attitude ? »

FG4Int3 : « Il y a eu un retard quand même, le retard des antibiotiques dans un choc septique c'est important quand même. Après l'aide soignante a essayé de me rassurer en me disant qu'elle était déjà très affaiblie, en fin de vie. »

FG4Int2 : « Vu le terrain de la patiente, même avec les antibiotiques elle serait probablement décédée. »

FG4Int3 : « Oui, mais elle aurait peut être survécu, je ne sais pas... Peut être deux jours de plus, elle aurait peut être pu... Ce qui est embêtant c'est qu'elle est décédée très rapidement et la famille n'est pas arrivée à temps. Elle était sédatisée... Ca c'est... Il n'y a pas eu de dernier moment. Ca a été trop rapide, c'est un des reproches que je me fais. »

Investigatrice : « Et apparemment tu as pu en parler un peu avec la réanimatrice ? Comment ça s'est passé ? Est-ce que tu as pu parler de ça autour de toi ? »

FG4Int3 : « Oui, elle a été sympa. J'ai eu de la chance parce que des fois les réanimateurs arrivent et nous engueulent sur notre prise en charge alors que nous on n'est pas réanimateur justement. Là elle ne m'a pas critiqué. Elle a dit que c'était effectivement difficile comme diagnostic, que la seule chose qu'elle aurait fait autrement c'est de mettre tout de suite les antibio à l'aveugle... C'est d'ailleurs peut-être ça qui change tout... Mais bon, elle a été assez sympa, elle ne m'a pas enfoncé. Voilà. »

FG4Int4 : « Moi j'ai une histoire. C'était plutôt hospitalier, mais d'une certaine façon ça pourrait peut être m'arriver après. C'était en médecine interne, j'ai eu un patient que j'ai suivi sur une semaine. Quand il est arrivé, il était hospitalisé pour des hémorragies le week-end et on a découvert une pancytopenie. C'était un monsieur qui était vieux mais qui était très bien, avec une femme et deux filles très très présentes. Elles ont passé toute la semaine à l'hôpital. Et pendant le weekend, comme il y a moins de médecin, elles ont eu l'impression d'avoir peu d'information, de ne pas avoir vu de médecin, comme le médecin n'est là que le matin.

Et donc le lundi, quand je suis arrivée, j'ai repris le dossier. C'était donc un patient qui me dit qu'il ne savait pas pourquoi il avait ça, pourquoi il était en médecine interne et qu'il ne s'était rien passé le weekend. Avec une famille très très remontée : « Qu'est ce que c'est que cette histoire ? » etc. Alors que toute la semaine, à chaque fois que je les voyais, ils me hurlaient dessus, je prenais vachement de temps, toujours mais ils me hurlaient dessus.

Il y a eu plusieurs problèmes : qu'il avait une maladie hématologique, alors on n'a pas compris pourquoi... Il n'a pas été transféré parce que... On travaillait avec les hématologues. Ils nous ont dit : « Pour l'instant on ne sait pas ce que c'est donc ça ne sert à rien qu'on le prenne. » Donc tous les jours, je les appelais pour leur dire : « On en est là. » J'étais paniquée, moi je suis nulle en hémato, je ne comprenais rien. Tous les jours je les appelais pour leur dire les résultats, avoir leur avis et savoir quoi faire. Pour savoir exactement aussi ce qu'il fallait que je dise à la famille, on leur disait : « Ecoutez, on ne sait pas, ça peut être ça, ça ou ça. Mais on ne sait pas. »

Il avait un myélogramme qui n'était pas non plus contributif. Donc moi tous les jours, j'avais l'impression de me tromper tout le temps parce que je n'étais pas sûre de moi. Mais je ne sais pas si on s'est trompé ou pas. En tous cas j'avais toujours l'impression de me tromper. Et moi je me faisais vraiment engueuler tout le temps par cette famille. Pourtant j'ai vraiment passé beaucoup de temps avec eux, au moins une heure par jour. Je leur parlais, je disais que : « ON ne savait pas, que ce n'était pas une erreur mais que c'était difficile. » Eux étaient très énervés, d'ailleurs ils ont commencé un procès. C'était il n'y a pas longtemps, donc on va voir ce que ça donne... Pour l'instant, je n'ai pas été appelée...

J'ai eu peur, je me suis sentie très mal à l'aise toute la semaine, je ne sais pas si je me suis trompée, peut-être... Il y a un moment où il y avait moins de chef, j'ai fait vraiment l'intermédiaire entre le patient et les hématos. Je me suis faite engueuler tous les jours constamment. Peut-être que c'est moi qui leur ai transmis mes hésitations. J'essayais vraiment de me rassurer tous les matins avec les hématos, pour savoir quoi dire à la famille.

Mais maintenant le doute reste, même si eux les hématos, ont dit que non, qu'on avait fait les choses qu'il fallait, qu'il n'y avait pas d'autre chose à faire par rapport à ce que je leur avais dit. Enfin je ne méritais pas qu'on m'engueule, enfin je ne sais pas, j'ai essayé de me battre pour qu'il soit transféré, peut-être que je ne me suis pas assez battue.

Peut être qu'en ville, je ne sais pas si ça pourrait m'arriver, mais ça peut m'arriver qu'un patient me dise : « Je n'ai pas compris ce qu'on m'a dit à l'hôpital, c'est n'importe quoi, c'est nul »... D'être confronté à ses limites... De ne pas en savoir plus en hémato... »

Pr Aubert : « Vous n'avez pas eu de réaction d'un senior ? Parce que ça ne me paraît pas le boulot d'un interne de se faire engueuler. Quand un interne se fait engueuler, il fait venir le senior. Si les gens ne sont pas contents, quelque part ce n'est pas contre vous, c'est contre l'institution. Quelque part vous prenez pour l'institution. »

FG4Int3 : « C'est contre la fatalité. »

Pr Aubert : « Ils ont une hostilité contre un personnage non identifié, qui s'incarne en vous quelque part. »

FG4Int4 : « Le plus dur ce n'était pas d'entendre les reproches, mais c'était dur de ne pas le prendre pour soi. Du coup ça m'a fait douter, le fait de me faire constamment engueuler. Même si je sais que j'ai pris du temps, j'ai passé la semaine auprès de lui. J'ai vraiment l'impression d'avoir fait tout ce que je pouvais sur le plan médical et social. Mais le fait de me faire engueuler tout le temps, c'est quelque chose qui m'a fait douter encore plus.

Le senior si, il a été là quand même un peu, mais ça prenait tellement de temps tous les jours que lui une fois il est venu avec moi mais on avait beau leur expliquer... Soit ils étaient sous le choc, soit ils avaient cet énervement initial du premier weekend... »

Pr Aubert : « Comment ce passait l'interaction ? »

FG4Int4 : « Il y avait plusieurs choses, sur le plan médical : « Qu'est ce que c'est ça ? », « Comment ça se fait qu'on ne sache pas ? », « Pourquoi est ce que le patient est toujours là et pas en hémato ? » Et après il y avait les choses contre l'équipe médicale : « Pourquoi est-ce qu'on ne nous dit rien ? », alors que... L'impression peut-être qu'on leur cachait quelque chose : « Vous nous mentez », « Ce n'est pas vrai ».

Pr Aubert : « Il y a probablement une projection de la famille... C'est marrant, dire qu'on ne leur dit rien alors que vous les recevez une heure tous les jours. »

FG4Int5 : « Tu étais en quel semestre ? »

FG4Int4 : « En 4^e semestre. »

FG4Int5 : « Moi c'était comme ça en premier semestre. Premier stage, premiers pas, c'est vrai qu'il y avait deux chefs présents, et quand j'avais un problème comme ça je pouvais leur en parler et je leur disais que je ne savais pas comment gérer. Mais en deuxième semestre, j'ai eu une situation un peu comme toi et après pour le troisième je n'étais pas du tout rassurée pour parler aux familles. En plus on considère que ça y est tu sais t'organiser, tu sais gérer et les chefs ne sont plus aussi souvent là. Du coup j'avais une technique. Quand je voyais les familles, je parlais d'abord au patient. Mais quand je voyais les familles, je disais que je n'aurais pas les résultats avant quelques jours, ça prend du temps et je leur proposais un rendez vous pour en rediscuter quelques jours après. Ça met une barrière dans le sens où ça me protégeait, et ça me permettait de demander au chef quand c'était trop difficile. Je disais : « Cette famille est un peu difficile, je vais les voir jeudi après-midi et j'aimerais bien que tu sois là. » Je le disais clairement et ça c'est vraiment mon expérience personnelle qui m'a conduite à faire ça. Autrement être tous les jours avec eux, à expliquer, eux ils veulent une réponse que tu n'as pas, tu as le sentiment d'être piégée. »

Investigatrice : « Ils veulent une réponse précise, tu as du mal à leur apporter ou tu ne peux pas. Tu commences à douter et eux doivent le sentir... C'est difficile. »

Pr Aubert : « On a toujours l'impression de ne pas être très compétent, ou de ne pas être aussi compétent qu'on pourrait. Alors là, la famille reproche à l'institution une incompétence, qui est réelle. Si on ne peut pas soigner cette personne, quelque part l'institution ne répond pas aux soins de cette personne. Ce n'est pas complètement idiot ce qu'ils disent. Ils disent : « Il est malade et vous ne pouvez pas le soigner. » La famille s'attend à ce qu'il y ait une réponse, la réalité c'est qu'il n'y a pas de réponse mais comme on vous parle de votre incompétence et comme votre incompétence c'est quelque chose qui vous blesse intérieurement... Parce qu'on est tous extrêmement sensible à ça. On prend cette agression qui fait référence à l'incompétence de la médecine par rapport à des situations terminales... Qui a réactivé cette angoisse qu'on a en nous de ne pas être compétent, quelque part on se fait avoir quoi.

Moi j'ai le sentiment que ça m'est arrivé souvent, elle m'est familière. »

Investigatrice : « Moi aussi. On a l'impression de faire tout ce qu'on peut, on a du mal à accepter de ne pas guérir le patient et quand en plus la famille vient nous dire : « Vous êtes incompétent », même si finalement quand on sort le dossier, on a l'avis des spécialistes, on a tout fait... Quand on se retrouve devant la famille là... On se sent incompétent. Et quand ça m'est arrivé, avec la façon dont je me suis exprimée face à eux, je me suis dit : « Je ne les ai pas du tout rassurés là. »

FG4Int4 : « Mon chef, il a été bien, il ne m'a pas laissée toute seule, mais peut être que c'est moi qui ai pris trop de place, trop de responsabilités, qui ai voulu dire oui et qui parlais tous les jours, parce que je me disais que c'était comme ça qu'on faisait normalement, alors que non. Mon chef leur disait bien : « Non je ne peux pas vous parler tous les jours, il y a mon interne si vous avez des questions. » Il était là quand même. Et quand on a su qu'ils allaient porter plainte, faire un procès, je suis allée voir mon chef, j'étais paniquée, parce que je me disais : « C'est la catastrophe. » J'avais cette culpabilité, on a regardé le dossier et il m'a dit : « Mais non tu avais tout bien fait. » Il avait regardé ce que j'avais fait, ce que j'avais écrit parce qu'il sentait dès le début que ça allait se passer comme ça. Et il m'a dit : « Tu as tout bien fait, tu as écrit à chaque fois à qui tu as demandé un avis, quand tu as vu sa famille, de quoi vous avez parlé donc tu as tout bien fait tu n'as rien à te reprocher. » Mais même s'il m'a dit ça, je me reproche quand même quelque chose. »

Investigatrice : « La suite judiciaire est aussi une source d'inquiétude supplémentaire... »

FG4Int4 : « Oui même si je me faisais déjà des reproches avant de savoir ça. »

FG4Int1 : « Et finalement le patient on sait ce qu'il a ? »

FG4Int4 : « Bah il est mort... »

FG4Int1 : « Ah oui ? D'accord. »

FG4Int4 : « En fait il s'est enfoncé, enfoncé, et il est mort en une semaine... »

FG4Int1 : « C'est pour ça aussi que la famille réagissait comme ça. »

FG4Int4 : « Ah oui oui, c'est brutal. Mais bon, ça n'aurait rien changé qu'il soit en hématologie, on n'aurait rien pu faire de mieux. A part voir la famille dès qu'ils sont arrivés, et encore... »

Investigatrice : « Il y a aussi une différence de points de vue entre la famille et les soignants. Nous, en tant que médecin, on sait qu'on peut ne pas savoir, qu'il y a des choses qu'on ne trouvera jamais, des diagnostics qu'on ne trouvera pas. Pour l'entourage, c'est difficile de se dire qu'il est à l'hôpital, qu'il a eu sûrement plein d'examens et que malgré ça il n'y a pas eu un diagnostic de posé. Probablement que pour eux c'est impossible à comprendre... Ce n'est pas une attaque personnelle, c'est plus l'institution. Se dire : il était à l'hôpital, tout a été mis en place et il n'y a même pas eu un diagnostic avant le décès. »

FG4Int4 : « Oui. »

Investigatrice : « Tu souhaites ajouter quelque chose ? »

FG4Int4 : « Non, c'est tout globalement... »

FG4Int5 : « Moi c'est un patient d'une cinquantaine d'année, en hospitalisation, en endocrinologie. Un patient diabétique, qui avait de l'artérite sévère, sous double anti agrégation plaquettaire avec clopidogrel et aspirine. Ce patient devait avoir une intervention pour son AOMI par les chirurgiens vasculaires. On se prenait la tête avec les chirurgiens pour savoir quel anti-agrégant laisser, l'aspirine ou le clopidogrel. Et après je me suis rendu compte que je n'avais prescrit aucun des deux ! En fait depuis que le patient était hospitalisé, j'avais fait une erreur de prescription. Ça faisait déjà quelques jours qu'il était là, il n'y avait pas eu de conséquence et c'est vrai que je n'ai rien dit... J'en ai parlé à mes co-internes parce qu'on était dans un bureau, une sorte de placard. Ils étaient là à ce moment là. Mais je n'en ai pas parlé à mes chefs. J'ai remis les médicaments oubliés immédiatement et il n'y a pas eu de conséquence. Mais je m'en suis quand même un peu voulu, ça n'avait pas eu de conséquence mais ça aurait pu être plus grave. »

Investigatrice : « Et qu'elle est la cause ? Tu as oublié ? Tu ne savais pas qu'il fallait lui prescrire ? »

FG4Int5 : « Non c'est vraiment un oubli. C'est aussi peut être une mauvaise manip au niveau du logiciel parce que finalement on apprend à l'utiliser sur le tas, et on ne prend pas le temps de vérifier les prescriptions. Et le patient ne s'en était pas rendu compte lui-même parce qu'il était étranger, ne parlait pas très bien français. Mais je pense que si ça avait été les mêmes médicaments mais dans d'autres circonstances, je n'aurais pas oublié à ce point là. Je sais pertinemment que si c'était arrivé pour une patiente grabataire, au moment de la discussion entre les équipes médicales, je me serais dit : « Mince, il faudrait que je le mette. »

Pr Aubert : « Il y a une erreur possiblement grave, et ça prouve qu'on est capable de faire des erreurs graves, sur des trucs évidents. Sur la pancarte d'un patient artéritique il n'y a pas d'agrégants, ça paraît... On se dit tout de suite que ça ne colle pas... Mais en même temps ce qui se passe dans notre tête dans ces cas là... Là aussi je trouve que c'est un sentiment qui m'est assez familier. Oublier quelque chose comme ça. »

FG4Int4 : « Et là on voit qu'on est dans un contexte hospitalier, donc beaucoup de monde aurait pu s'en rendre compte. Il y a : toi, le patient, il a ce médicament depuis des années, il y a les infirmières, qui pourraient se dire qu'un patient qui doit se faire opérer d'une AOMI sans antiagrégants c'est quand même bizarre, il y a des chefs qui auraient pu vérifier les prescriptions, enfin quand même. Tu n'es pas la seule à te tromper, il y a beaucoup de gens qui auraient pu te rattraper. »

Investigatrice : « On voit dans des situations d'erreur médicale, qu'il y a une erreur systémique, c'est-à-dire que certes il y a une erreur d'un individu au départ, mais que si l'erreur a pu avoir lieu c'est qu'il y a eu ensuite souvent un enchaînement d'inattentions ou de « filtres » qui n'ont pas fonctionné. Comme dans ce que tu décris. Ce n'était évident pour personne, sauf une fois que tu t'es aperçue de l'erreur. »

Pr Aubert : « Sauf qu'en médecine générale, on ne peut pas parler d'erreur systémique car le système est très simple, il n'y a que toi et le patient. Donc ce genre d'erreur en médecine générale, le patient risque d'en être victime. »

Investigatrice : « Oui, mais c'est possible tout de même avec le pharmacien, ou le laboratoire d'analyse, les confrères spécialistes, ces interactions là. »

Pr Aubert : « Je pense qu'en médecine générale, c'est très facile d'oublier un examen complémentaire, une biologie notamment. Le patient arrive et je constate que je n'ai pas l'HbA1c. J'appelle le labo et le labo me dit : « Non je confirme, j'ai l'ordonnance sous les yeux et il n'y a pas l'hémoglobine glyquée dessus. » Et je me demande comment je fais pour ne pas avoir pensé à l'hémoglobine glyquée avec ce patient que je suis. Alors ce n'est pas important dans ce cas, mais je réalise que ça m'arrive souvent d'oublier les choses évidentes, alors peut-être que c'est parce que je suis pressé, que je prends une ordonnance pré-établie. On devrait à chaque fois réétudier nos prescriptions, mais je ne pense pas que je le fasse à chaque fois...mais pourquoi ? »

Investigatrice : « Il y a à mon avis, une part importante du manque de temps, comme dans l'histoire dont on parle, si on se demande comment cette erreur aurait pu être évitée, probablement que de relire la feuille de prescription chaque jour à chaque visite aurait permis peut-être de réaliser l'oubli. Mais encore une fois, par manque de temps, on ne le fait pas, parce qu'il y a énormément d'autres tâches à faire. On a déjà du mal à faire les prescriptions des entrants à temps, on ne prend pas le temps de relire les prescriptions déjà rédigées. »

Pr Aubert : « Pour éviter ce genre d'erreur, les aviateurs ont une check-list. Comme on sait que ce genre d'erreur se produit souvent, on prend la check-list. »

Investigatrice : « Et toi, alors, tu n'en as pas du tout parlé aux chefs finalement ? »

FG4Int5 : « Non. »

Investigatrice : « C'était difficile pour toi ? »

FG4Int5 : « Oui je n'avais pas forcément envie de le dire, et je n'en ressentais pas la nécessité. Donc je n'en ai pas parlé (rires). »

Investigatrice : « Oui c'est une attitude qu'on peut avoir quand il n'y a pas de retentissement, ne pas avoir envie de clamer son erreur... C'est ça ? »

FG4Int5 : « Oui on s'engueule déjà assez soi-même pour ne pas avoir envie que quelqu'un d'autre en rajoute. Moi je pense que j'ai retenu la leçon à ce moment là. »

Investigatrice : « S'il y avait eu une discussion, pour toi quelle aurait été l'attitude idéale ? »

FG4Int5 : « Je ne sais pas, de ne pas m'engueuler c'est sûr. C'est utile de parler pour savoir comment l'éviter mais je n'ai pas eu envie, parce que je ne voulais pas me prendre des reproches en plus des miens. »

FG4Int2 : « Moi c'est une histoire qui ne finit pas bien. J'ai fait deux erreurs, une erreur diagnostique et une erreur de traitement. C'était un stage aux urgences, où on faisait trois jours d'affilée, à la fois les urgences et les départs en SAMU. Là c'était un monsieur de 75 ans qui venait pour une chute à son domicile. Il avait une infirmière chez lui comme il avait du mal à marcher. Il ne se mobilisait plus trop donc ils l'ont envoyé aux urgences. Déjà, normalement, quand on faisait les départs en SMUR, on ne prenait pas les patients comme ça un peu lourds, qui prenaient du temps parce que, à tout moment, on pouvait partir.

Je l'examine, il avait mal surtout au genou sans épanchement, examen à peu près normal, et comme antécédent une fibrillation auriculaire sous AVK et une insuffisance rénale chronique.

On lui a fait un bilan, il avait un INR un peu élevé mais pas trop autour de 3.8 je crois.

On lui a fait des radios qui ne montraient pas de fracture. Mais le monsieur ne bougeait toujours pas, un peu confus, donc on se dit qu'il ne peut pas rentrer chez lui. Un INR un peu élevé mais pas trop, pas de saignement a priori, on arrête les AVK et on décide de l'hospitaliser. Donc je prépare l'hospitalisation mais deux heures plus tard mon chef me dit : « Mais ton patient est toujours là, pourquoi ? » Donc j'appelle le service pour savoir pourquoi il n'est pas monté et être sûr qu'il allait être vu en contre visite du coup, parce qu'il n'y a pas d'interne dans les étages. Et là, l'heure avançait donc il allait monter sans qu'il y ait quelqu'un pour faire ses prescriptions. Donc le chef me dit de faire ses prescriptions et qu'il le verra avant de partir et puis là départ SAMU. Donc je fais un peu de tri sur les traitements, la tension je laisse, le Kardégic® on peut peut-être arrêter et là je me dis : « Le monsieur ne va pas bouger de son lit donc il faut peut-être l'anticoaguler à dose préventive. » Mais comme je me rappelle de son insuffisance rénale chronique je lui mets de la calciparine à petite dose. Je prescris la calciparine et je pars en SMUR. Donc le chef voit ou ne voit pas le patient je n'en sais rien. Le patient a sa

calciparine à 18h, puis à 6h et il a un bilan sanguin le matin qui montre qu'il est passé de 12g/dL d'hémoglobine à 8g/dL. Mince !

Et puis ils font la visite dans les étages et je vois le chef des étages qui arrive du service et qui nous dit : « On a un monsieur là dans le service qui déglobulise. Il se passe quelque chose, du coup j'ai arrêté l'anticoagulant mais on va lui faire un scanner. Il va peut-être falloir que vous veniez le prendre en charge ». Parce que dans cet hôpital, le SAMU fait aussi les SMUR internes. Et là j'écoute et je me dis « Tiens c'est marrant, on dirait mon patient ».

Et ils font le scanner et en fait il avait un hématome du psoas qui s'était transformé en hématome rétro-péritonéal. Et là déjà j'étais... « Qu'est-ce que j'ai fait comme connerie... »

Du coup je regarde à nouveau son dossier, et là un chef passe derrière moi et me dit : « Ah c'est encore un de tes patients, un cimetière par semaine. » Je me demande pourquoi il dit ça, qu'est-ce qui se passe. Il me dit : « Là il est en jaune sur l'écran, ça veut dire qu'il est mort ton patient. . Lui il me dit ça en rigolant, bon... En effet, l'arrêt des soins a été décidé, parce qu'ils l'ont transfusé, ils ont mis un antidote pour la coagulation, ils ont passé des plaquettes, ils ont tout essayé et puis... Ca ne s'est quand même pas bien passé quoi.

Avec le recul je me dis qu'avant de partir en SMUR, j'en avais parlé au chef qui n'avait pas non plus fait le diagnostic d'hématome du psoas, patient sous AVK, douleur projetée au genou... Le chef de la contre-visite n'a donc pas vu le patient en contre-visite. Il a donc eu sa calciparine sans que quelqu'un n'arrête le traitement et quand il a fait sa visite du matin, après avoir eu l'hémoglobine, le temps de refaire le vrai diagnostic, la prise en charge etc. La vraie prise en charge pour contrecarrer l'anticoagulation s'est faite au bout de 24 heures du coup.

Donc la chef avec qui j'avais vu le patient au départ, je en lui en ai pas du tout reparlé parce qu'elle n'avait pas vraiment suivie l'histoire. Elle a juste supervisé le dossier et ne s'en est plus occupé. Par contre au fur à mesure que j'avais des infos, j'en parlais tout les jours à mes co-internes : « Vous auriez pensé vous à l'hématome du psoas ? »

Et ce n'est jamais agréable de se faire engueuler, mais là j'aurais presque préféré me faire engueuler, il n'y a pas eu de sanction ou quoi. C'est une grosse erreur médicale et il n'y a rien eu... »

Pr Aubert : « Je ne suis pas du tout d'accord avec toi, ça c'est ce que j'appelle « l'erreur embolie pulmonaire ». C'est inévitable, elle s'est produite alors que vous êtes jeune, ça va se reproduire, ça se produit tous les trois ans. C'est évident que c'est un diagnostic très difficile. Donc vous êtes passé à cote d'un diagnostic difficile, vous avez mis des anticoagulants et c'est justifié. En écoutant votre histoire, je me disais qu'à mon avis il avait un hématome sous dural chronique. Avant que vous ne disiez qu'il s'était déglobulisé, je pensais à l'hématome sous dural chronique. Ça aussi vous allez passer à côté dans votre vie. La douleur projetée du genou pour quelqu'un qui vient de tomber, la première chose qu'on pense c'est qu'il s'est fait mal au genou, c'est tout con, excusez moi. Le patient qui vient en me disant j'ai mal au genou, il ne vous dit pas : « Ma douleur est projetée. » il dit « J'ai mal là. » On ne pense pas naturellement à l'hématome du psoas. »

FG4Int2 : « Là surtout mon erreur c'est de me dire que alors qu'il avait un surdosage modéré en AVK, je lui ai remis un anticoagulant. »

Pr Aubert : « Ca tombe mal, je suis d'accord avec vous. Il est en train de saigner et vous mettez un anticoagulant, il aurait mieux fallu ne pas en mettre. Mais pour ne pas en mettre il aurait fallu faire le diagnostic et pour le faire il fallait être extrêmement bon. Ce que vous auriez pu faire c'est un scanner cérébral. »

FG4Int2 : « Je crois qu'on l'avait fait. »

Pr Aubert : « Mais pour l'hématome du psoas, c'est un scanner lombaire. Il ne se plaignait pas de douleur lombaire. »

Investigatrice : « Tu as dit qu'il était somnolent et la première idée dans ce cas est le scanner cérébral. C'est très facile de conclure après, une fois qu'on connaît le diagnostic, ensuite tout devient évident et la critique est très facile. »

Pr Aubert : « Vous avez appliqué les bonnes règles pour un type qui avait un diagnostic difficile et c'est mal tombé parce que les règles ne s'appliquent pas dans ce cas là.

Je ne pense pas que là la check-list soit utilisable ou faire des scanner abdo à tous ceux qui viennent pour douleur abdo. (rires) »

FG4Int2 : « Pour le coup, en cause là c'est mon moyen mnémotechnique que j'utilise pour les prescriptions des entrants, pour ne pas oublier l'anticoagulation préventive. J'aurais mieux fait de ne pas y penser là pour le coup. »

Investigatrice : « Tu dis aussi que tu as été appelé pour le SMUR à ce moment, tu penses que ça a joué un rôle ? »

FG4Int2 : « Oui, sinon j'aurais pu y penser après alors que là je suis partie et je n'y ai pu réfléchir. J'aurais très bien pu partir et me dire que j'allais faire sa prescription après, en rentrant, sans me presser en allant le voir exprès dans le service mais non. »

Pr Aubert : « Votre départ en SMUR a sauvé une vie, l'autre est mort ce n'est pas grave ça compense. Vous avez droit à 10% de perte.»

FG4Int6 : « Moi c'est plus un problème de rapport entre les chefs et les internes. Je commençais à en avoir un peu marre du stage. Il y avait des chefs qui soi-disant étaient dispo mais qui n'étaient en fait pas si dispo que ça. On avait un mois pour prendre nos points de repères et après on avait intérêt à se débrouiller et être efficaces. Quelques chefs donnaient vraiment leur avis et on s'entendait plutôt bien avec eux. D'autres réfléchissaient vraiment à deux fois avant de venir donner leur avis.

Donc j'avais une patiente de 80 ans, amenée par les pompiers pour une chute à domicile.

Elle avait aussi un problème d'ulcère veineux sur une insuffisance veineuse chronique, une perte d'autonomie, besoin d'aides à domicile, douleur de la jambe... Vraiment la patiente qui était dépendante. Moi j'ai tout de suite compris qu'il fallait que cette patiente fasse un petit passage en court séjour gériatrique, qu'elle ait un traitement local, et qu'on organise ensuite un retour à domicile correct. Je l'ai examinée et j'ai eu un doute à un moment donné sur un début d'infection, un début d'érysipèle. Je demande à la chef et en fait ma question c'est surtout de savoir si je la fais hospitaliser et pour faire hospitaliser il faut l'avis du senior aux urgences. Mais je savais qu'il n'y avait pas de place en gériatrie et j'ai appelé un dermatologue pour avoir un protocole de soins efficace, qu'on puisse éventuellement mettre en place avec la famille au domicile. Il m'a dit : « Ok je passe dans dix minutes. » La patiente était hyper algique en plus, mais il n'y avait pas de thrombose veineuse. Ma chef m'a dit : « T'attends quoi pour cette patiente ? » sous entendu : « Accélère ! » J'ai dit : « Je pense qu'elle a un problème d'ulcère veineux chronique, avec je pense peut-être un début d'infection. J'attends le dermatologue. »

Et là sa réaction a été ... J'en rigole là mais ... Elle est partie et elle a claqué la porte. Elle a parlé à une autre chef et lui a dit : « Tu te rends compte qu'elle ne sait pas diagnostiquer un érysipèle ! »

Mais ce n'est pas ça le problème, je n'ai pas eu le temps de lui expliquer le problème. Je lui ai dit : « C'est une dame âgée, seule chez elle. Elle ne marche plus, elle a mal, si on ne traite pas cette patiente elle ne rentrera pas chez elle. » Et là elle m'a dit : « Ah d'accord je comprends. »

Mais alors pourquoi on nous prend de haut ? Pourquoi on ne veut pas nous comprendre ? Pourquoi on ne nous laisse pas le temps de nous expliquer ? J'en ai eu marre de me faire engueuler comme ça. Mais non ! On est aux urgences, ce n'est pas leur problème, on te demande juste pourquoi tu traînes. »

FG4Int1 : « C'était dans un CHU ? »

FG4Int6 : « Non même pas ! » (Rires)

FG4Int1 : « Parce que c'est différent dans les CHU et dans les centres hospitaliers de périphérie. Parce que le CHU c'est comme tu dis « la chaîne » et les chefs ont eux-mêmes une pression. Et ils la répercutent sur les internes. Ça arrive tout le temps ça, qu'on se fasse engueuler parce qu'on n'est pas assez rapides, parce qu'on a demandé un avis... »

FG4Int6 : « Oui c'est ça, on me reproche de demander un avis, mais je n'ai même pas eu le temps d'expliquer que l'avis c'était aussi pour que le dermato me dise : « Ok je te la prends. » Parce que cette dame souffrait vraiment. Mais pour eux c'est juste qu'il ne faut pas perdre de temps. »

Investigatrice : « Ce qui t'a déplu là, ce ne serait pas surtout l'absence de discussion avant de te critiquer ? Elle aurait pu te demander pourquoi tu as eu besoin d'appeler le dermatologue, ou même avoir un regard critique sur ta prise en charge. Mais là il semble qu'il n'y avait pas de discussion possible non ? »

Pr Aubert : « Moi je trouve votre remarque intéressante, parce que c'est une sale conne on est d'accord, mais là où c'est intéressant, c'est que vous vous dites : « Pourquoi c'est une sale conne » ?

FG4Int2 : « Enfin il y a 20 ans, elle était comme toi je pense. »

Pr Aubert : « Elle a quel âge ? 40 ans ? »

FG4Int6 : « Oui. »

Pr Aubert : « Ça ne fait pas 20 ans, ça fait beaucoup moins longtemps. Mais ça traduit une souffrance chez elle. Elle n'a pas terminé son processus d'apprentissage de la médecine. Parce que ce processus c'est d'être indulgent pour nos pairs, de se projeter, ne pas péter plus haut que son cul. Simplement, elle a une position psychologique qui l'empêche d'avancer.

Vous dites que c'est parce qu'elle a une pression, c'est probablement vrai. Dans le monde hospitalier, si elle veut un poste ou autre... »

FG4Int1 : « Dans un service où j'ai été, en CHU, le chef de service des urgences tous les matins à 7h, du lundi au dimanche, 7 jours sur 7 et toute l'année, il venait à 7h et il faisait un point avec les chefs pour savoir combien de temps les patients étaient restés. Combien ils en avaient vus, et s'il n'était pas content, le chef se faisait engueuler. Et souvent on voyait les chefs ressortir en larmes du bureau du chef de service. C'est pour ça que je parle des CHU et de pression, parce qu'ils sont dans les chiffres, ils parlent d'argent, c'est terrible... »

Pr Aubert : « Et je trouve que vous avez bien réagi, parce que vous ne vous êtes pas démontée. »

FG4Int6 : « Oui parce que je me disais que cette dame était toute seule, qu'elle ne pouvait pas sortir, que c'était grave quand même. Mais il a fallu que j'insiste pour qu'ils comprennent. Mais quand on les voit, stressés, courir partout, moi je me dis : « Fais toi discrète, fais du mieux que tu peux. »

Elle nous engueulait beaucoup, nous faisait des reproches comme ça devant tout le monde. Elle aurait pu nous faire des remarques, discrètement pour nous expliquer mais non il fallait qu'il y ait tout le monde, les infirmières... Notre estime en prend un coup, il y a une perte de confiance systématiquement et je leur en voulais. On est là, on fait notre boulot, on est là pour apprendre. Si je suis interne c'est parce que il faut que tu m'entoures, que je prenne un peu d'autonomie. Malheureusement on est livrés à soi même, on n'ose pas en parler, on n'ose pas faire venir le chef, alors qu'on a besoin de voir leurs techniques d'approche, de les observer mais on n'osait pas. »

Fin du temps imparti

FOCUS GROUPE 5

Journées de Médecine Générale ; Atelier : « La première fois... que je me suis trompé. »

Le 28 juin 2014, Faculté de Bobigny.

Réalisation d'un entretien par focus groupe avec trois internes de semestres et facultés différents, Dr Magnier médecin généraliste intervenante, Dr Galam et moi-même

Durée du Focus Groupe : 1 heure 12 minutes

FG5Int1 : « J'ai une petite histoire mais il va manquer des détails. C'était en stage de niveau 1, chez le praticien. Ça m'avait marquée sur le moment, maintenant je pense que je ne réagis pas pareil et que ça ne me marquerait pas autant. J'étais seule en consultation et j'ai vu un papa et son fils d'une quinzaine d'année, plus le carnet de santé de sa fille qui n'était pas là physiquement. C'était une consultation pour partir en voyage, ils partaient en Asie. Il fallait revoir les vaccinations, prescrire les traitements anti-paludisme pour tout le monde. Déjà sur les vingt minutes de consultation, je trouvais ça assez pressurant. Il fallait voir les trois carnets de santé, tous en même temps et puis eux même ce qu'ils avaient fait, pas fait... J'essaye de procéder dans l'ordre. J'ai fait les prescriptions pour l'hépatite A notamment. J'avais eu un appel de la pharmacienne, après, qui avait été hyper désagréable : « C'est vous qui avez fait l'ordonnance ? Vous êtes l'interne c'est ça ? » Elle m'avait bien pris de haut, toute la conversation était comme ça, très agressive. Et ce qu'elle me reprochait, c'était d'avoir prescrit un vaccin hépatite A adulte à l'adolescent de 15 ans, qui non seulement avait 15 ans mais qui faisait 70 kilos, taille adulte etc. Et il y a une autre prescription sur laquelle elle m'avait engueulée mais je ne me souviens plus laquelle, mais qui avec le recul n'était pas erronée. Donc je me suis laissée bouffer par la pharmacienne. Je n'ai pas su lui dire : « Calme toi. » Je me suis excusée et j'étais très mal à l'aise de m'écarter. Et ne pas savoir comment réagir... Du coup quand mon maître de stage était rentré je lui avais raconté. Et j'étais hyper énervée. Je suis assez orgueilleuse, je n'aime pas me tromper et le fait qu'on me le dise déjà ça m'a énervée. Et en plus ce n'était pas vraiment vrai. Je lui ai raconté et elle m'a dit : « Bof non, ta prescription était valable tout de même, tu pouvais défendre ton bout de gras si tu le voulais. » Et du coup ça m'avait vexée. En plus, le patient et ses enfants devaient revenir pour faire les vaccins et je lui ai dit que je n'avais pas du tout envie de les revoir. Parce que le patient était à côté de la pharmacienne quand elle a pris le téléphone, et qu'elle a dit : « Ah c'est l'interne, c'est vraiment n'importe quoi. » Avec des mots forts... »

Je me demandais ce qu'il pouvait penser, j'avais honte. Pour le patient j'ai juste fait deux erreurs sur une ordonnance de trois items. Son regard ne va pas être très bienveillant et il va se dire : « C'est qui celle-là ? Elle n'est vraiment pas douée. » Je redoutais vraiment cette consultation, qui finalement est arrivée. Je crois que ma prat était là et je ne m'attendais pas trop à ça mais le papa a dit un truc comme : « Vous ne devriez pas vous laissez marcher sur les pieds par la pharmacienne. » Donc il s'était rendu compte que c'était un peu abusif.

Mais après son appel, j'étais vraiment très énervée. Du coup je suis plutôt du genre à en parler plutôt dix fois que zéro. Du coup mon copain y a eu droit, mes parents aussi. (Rires)

Mais pour eux, ça ne paraissait pas très grave, et c'est vrai qu'en le racontant, ça ne paraît pas très... »

FG5Int2 : « Oui mais c'était humiliant quand même. »

FG5Int1 : « Oui ça m'avait bien humiliée. »

Investigatrice : « Elle t'a décrédibilisée avec son appel ? »

FG5Int1 : « Oui, voilà. Et j'ai toujours trouvé qu'en tant qu'interne ce côté « crédit » était déjà hyper difficile à gagner. C'est quelque chose de compliqué, c'est difficile déjà de s'affirmer. »

Dr Magnier : « L'erreur, parce que là il y en a une et je trouve que c'est quand même une grosse erreur, elle est dans la relation médecin-pharmacien. C'est quand même normal qu'elle vous appelle si elle n'est pas d'accord. Mais cette manière de faire ! L'erreur est là ! Parce que moi j'adore que les pharmaciens m'appellent. »

FG5Int1 : « Et heureusement qu'ils le font, ils nous sauvent un peu parfois. »

Dr Magnier : « Mais cette façon de faire, là, c'est insupportable. »

FG5Int1 : « Maintenant dès que j'ai un appel où on me dit : « Je suis le pharmacien... » J'ai la trouille, je me dis : « Qu'est ce que j'ai fait comme connerie ? »

Dr Magnier : « Oui là c'est le pharmacien qui n'aurait pas dû agir comme ça. »

FG5Int1 : « Oui mais j'ai fait une erreur quand même. »

Dr Magnier : « Oui mais il est là justement pour signaler. A un moment on avait des erreurs terribles avec notre informatique, et j'en ai beaucoup voulu au pharmacien de ne pas nous avoir signalé les erreurs et je l'ai appelé pour l'engueuler. »

Dr Galam : « En l'occurrence, que vous vous soyez trompée ou pas ça n'a aucune importance ici. »

FG5Int1 : « Oui peut-être mais je pense qu'en discuter tout de suite avec ma prat et qu'il en ressorte que je n'avais pas vraiment fait d'erreur, ça m'a fait du bien ! »

Dr Galam : « Oui, ça vous a confortée. Et c'est-à-dire que ça vous a encore plus énervée. »

FG5Int1 : « Oui ! » (Rires)

Dr Magnier : « Je ne sais même pas quel est l'âge pour l'Havrix® ? »

FG5Int1 : « J'avais vérifié c'était de l'ordre de quelques mois. Genre 15 ans et demi et le jeune avait 15 ans et 3 mois. »

Dr Galam : « Et puis c'est une question de poids, si le gamin fait 70 kilos... C'est tout à fait correct. Mais ce n'est pas ça le problème, finalement. Et l'autre reproche qu'est ce que c'était ? »

FG5Int1 : « Je ne me souviens plus exactement, mais une prescription sur laquelle elle m'avait engueulée aussi. »

Dr Galam : « Et que lui avez-vous répondu ? »

FG5Int1 : « Ah bah j'ai fait la carpette ! »

Dr Galam : « Vous lui avez dit quoi ? On change ? »

FG5Int1 : « Comme il devait revenir me voir en consultation, elle n'a rien délivré. Je lui ai dit de laisser tomber, de donner le DTPolio que je devais déjà faire et de toute façon je devais tous les revoir une ou deux fois avant qu'ils partent. Du coup j'avais un peu botté en touche. »

Dr Magnier : « En plus tu étais en consultation ? »

Dr Galam : « Vous aviez un patient en face de vous ? »

FG5Int1 : « Oui. »

Dr Galam : « Ah oui ça c'est encore pire. C'est-à-dire qu'elle avait les patients en face d'elle, et vous de votre côté vous étiez en consultation. Et finalement quand elle vous a appelée, vous n'avez rien dit ? »

FG5Int1 : « J'ai dit : « Oui, oui, excusez moi, pardon, j'ai dû faire une erreur. » Je n'ai même pas cherché à me justifier parce qu'à partir du moment où le pharmacien me disait que je m'étais trompée, je pensais que je m'étais trompée. Je me suis dit qu'elle devait avoir raison, je n'ai pas pris le temps de réfléchir à ma prescription. »

Dr Galam : « Alors j'insiste beaucoup là-dessus mais imaginons, qu'il y ait vraiment eu une erreur. Vous n'avez pas à vous faire insulter. On s'est trompé d'accord, mais on n'est pas pour autant complètement nul, etc. »

FG5Int1 : « Bah malheureusement si hein. »

Dr Galam : « Il faut dire : « Je ne vous autorise pas à me parler sur ce ton, vous n'avez pas à me parler sur ce ton. Calmez-vous, etc. » Moi aussi, comme toi, [à Dr Magnier] quand le pharmacien appelle, je le remercie. Mais je dis : « Attendez, je rouvre le dossier. » Je regarde avant de lui répondre. Voir quel est le problème, je regarde. Si c'est contre-indiqué je dis : « Ah je suis étonné, je ne savais pas, je vous remercie, ne donnez pas. » Ou bien je peux selon le cas aussi dire : « Je confirme que c'est ça.. Parce que... etc. » L'idée c'est de bien dissocier le ton et ce qui vous est reproché. On a le droit de faire une erreur : « Je me suis trompée vous avez raison, mais je ne vous autorise pas à me parler comme cela. »

Dr Magnier : « Ce qui est terrible avec ça c'est que la consultation que vous étiez en train de faire a dû être très difficile non ? »

FG5Int1 : « Non ça allait, parce que quand j'ai raccroché, le patient m'a tout de suite dit : « Bah dis donc ! »

Dr Magnier : « Ah parce que en plus tout le monde a entendu la discussion ? »

FG5Int1 : « Oui ou en tous cas le ton de la pharmacienne. »

Dr Galam : « Ce qui est intéressant c'est que vous parlez de colère. »

FG5Int1 : « Au tout début, j'étais en colère contre moi. Je me disais : « Je me suis trompée, ce n'est pas bien. » Après j'étais toujours en colère mais je me disais plutôt : « Mais cette pharmacienne quelle connasse ! »

(Rires)

Dr Magnier : « Mais il faut se dire : « Je me suis trompée, et j'ai le droit de me tromper. »

FG5Int3 : « Si ça arrivait maintenant, est-ce que tu réagiras différemment ? »

FG5Int1 : « Oui parce qu'il n'y a pas longtemps, j'étais en PMI. Il n'y a pas d'ordi, et ça nous arrive de faire des prescriptions même si on n'est pas censés en faire. Et on ne regarde pas systématiquement dans le Vidal parce que c'est un peu chiant sans ordi.

Il y a eu un gamin qui avait un muguet. A deux-trois mois, j'ai prescrit du Daktarin®. Mais en fait ce n'est pas avant six mois, c'est de la Mycostatine® qu'il faut mettre avant 6 mois. La pharmacienne avait juste écrit en lettre sur l'ordonnance « interdit avant 6 mois ». La patiente est repassée avec. Je me suis dit : « Ah oui c'est vrai. » J'ai changé et je ne me suis pas dit que j'avais fait une affreuse erreur. Alors c'est vrai que je ne me suis pas faite pourrir par la pharmacienne au téléphone. Ça a dû jouer. »

Dr Magnier : « Ca reste aussi de l'ordre du conseil le rôle du pharmacien. Eux c'est les médicaments, nous c'est le soin par le biais des médicaments certes, mais c'est leur domaine. Donc le fait de se tromper, c'est normal. »

FG5Int1 : « Ma sœur est préparatrice en pharmacie et elle me dit : « Les médecins, ils prescrivent n'importe comment. Tu verrais les ordonnances qu'on reçoit en pharmacie, c'est n'importe quoi. On ne sait jamais les posologies, le nombre de boîtes etc. » Ca a l'air de l'énervé. Alors qu'il y a des choses comme notamment les sirops pour les enfants, quand ce n'est pas en dose-poids et qu'ils te disent 0.2 par kilos de poids sur deux prises etc. J'ai l'impression que je vais plus faire d'erreurs en calculant ça en fin de consultation, qu'en mettant simplement l'âge et le poids de l'enfant sans préciser et en me disant que le pharmacien pourra le faire. Je ne sais pas très bien comment répartir les rôles. »

Dr Galam : « L'une des clés, comme vous l'avez dit c'est l'image que j'ai de moi-même. En tant qu'interne, c'est parfois délicat. Si vous vous dites : « J'ai fait ce que j'ai fait et je me respecte. Ce n'est pas bien et il faut que j'évite de me tromper mais je peux me tromper. Je n'autorise personne à me manquer de respect. » Mais ce n'est pas facile. »

Dr Magnier : « En même temps, la première fois, tu dis avoir été bouleversée par l'idée de t'être trompée alors que la deuxième fois, tu l'as beaucoup mieux accepté. Et je pense que c'est quelque chose qu'on doit vous apprendre en stage de médecine générale. Moi j'ai mis beaucoup de temps à le découvrir, vingt ans... C'est long, vingt ans de douleur, c'est qu'on n'a pas à tout savoir. On doit juste savoir ce qu'on ne sait pas. Et ça me semble maintenant une évidence, dire je ne sais pas. Mais quand j'ai terminé mes études, on ne m'en avait jamais parlé. On n'avait aucune formation. La seule chose que je savais c'est que je voulais tout savoir. »

Dr Galam : « Donc sentiment de honte, de cacher, il ne faut pas que ça se sache. Moi j'ai eu du mal à prendre des internes, parce que je ne voulais pas avoir quelqu'un à côté de moi qui voit tout ce que je fais, parce que forcément je fais mal. Et si j'ai honte de ce que je fais, il va le voir et comment je vais le justifier... Une fois qu'on accepte de dire qu'on ne peut pas tout savoir... »

Dr Magnier : « Quelqu'un qui prétend tout savoir est drôlement dangereux. Maintenant je suis presque fière de ne pas tout savoir. »

Dr Galam : « Oui bien sûr. »

FG5Int2 : « On nous apprend, si on ne sait pas, à savoir chercher l'information. »

Dr Magnier : « Ca, nous, on ne nous l'a jamais appris. »

FG5Int2 : « Je n'ai pas plus confiance en moi avec ça hein ! »

Dr Magnier : « Non mais tu sais que tu peux ne pas savoir, que tu peux vérifier. »

Dr Galam : « J'insiste pour dire que même si j'ai fait une erreur, je vais l'assumer et ce n'est pas indigne non plus. »

FG5Int2 : « On parle de petites erreurs mais le jour où il y a une erreur létale... »

Dr Galam : « Et même s'il y a une erreur létale, qu'est-ce que tu ... »

FG5Int2 : « Ah quand même je pense que ça... Je n'ai pas encore vu ça de manière direct, peut être que j'en ai tué plein mais ... »

Dr Magnier : « Mais tu ne bosses pas seule, donc ce ne sera pas ta propre erreur.

Dans ces erreurs, il y a une multitude d'écrans qui n'auront pas fonctionné : le médecin, l'infirmier, le pharmacien. Et là c'est l'importance du travail en équipe. Quand il y en a un qui laisse passer l'erreur, c'est l'autre qui dit : « Non ça ne passe pas. » Le drame c'est quand tout le monde laisse passer l'erreur et c'est le pauvre qui est au bout de la chaîne comme l'infirmier qui a fait l'injection qui se dit : « J'ai tué quelqu'un. » Seulement c'est l'erreur d'une équipe, qui n'a pas joué son rôle de filtre. »

FG5Int3 : « Ca c'est plus sur la délivrance que le diagnostic. Ma hantise à moi c'est de ne pas trouver le diagnostic. Et ça se ressent je pense aussi, parce que dans l'exercice de remplaçante j'essaie de blinder au maximum les dossiers. Alors que les médecins que je remplace, ils écrivent trois lignes, ils sont sûrs d'eux. Déjà moi je ne me souviens de rien donc j'écris énormément, ce côté medico-légal qu'on a... »

Investigatrice : « Pour vous je ne sais pas, mais moi aux urgences on me disait plus ce qu'il fallait que je note dans le dossier, plutôt que les conseils que je devais donner au patient par exemple. »

FG5Int1 : « Oui, on perd sur le contact avec le patient. »

Dr Magnier : « Oui la crainte de l'erreur. A cause du risque de procès... »

FG5Int2 : « De ce que j'ai compris, aux urgences, c'est le maillon juste avant ce qu'il peut y avoir de plus grave. En cabinet, c'est différent, les patients graves vont plutôt aux urgences, en ville le patient n'est pas gravissime, on peut prendre le temps de réfléchir, ou le revoir plusieurs fois. »

Dr Magnier : « C'est intéressant ce que tu dis, ce qui est génial dans notre métier, c'est le temps qu'on a. Ce n'est pas la baguette magique, mais je peux revoir mon patient, me rappeler certaines choses, je ne le vois pas une seule fois. On pourra y penser, peut-être en parler en équipe. Ce n'est pas mal de dire : « Je vais staffer votre dossier. » Ca les rassure. Et ça permet d'avoir d'autres idées, un échange d'expérience. »

FG5Int3 : « C'est l'échange d'expérience aussi qui permet d'apprendre des erreurs des autres. »

Dr Galam : « Bien sur. Avec les erreurs des autres on apprend sans risque c'est tout bénéf ! »

FG5Int3 : « Et en plus ça rassure. »

Dr Galam : « Oui ça rassure et c'est à dire qu'on se dit qu'on n'est pas seul. Ça dédramatise un peu. Une autre histoire ? »

FG5Int2 : « Oui, je remplaçais un médecin en cabinet : l'associée de celui que je remplace habituellement, qui est assez laxiste, gentille, qui laisse passer plein de choses. Je vois un soir un papa avec ses deux fils, l'un 20 et l'autre 16 ans je crois. C'était pour des certificats de sport et un était asthmatique soi disant en crise d'asthme. Le premier de 20 ans, je l'examine mais le papa ne veut pas sortir. En général je ne garde que le patient. Là il a refusé donc la consultation était de mauvaise augure, il s'oppose finalement à ce que je voudrais faire. J'examine le premier dans un coin. Le deuxième : interrogatoire, mais avec un papa très méfiant. Je le vois dans sa position, face à la jeune qui remplace son médecin et il me dit : « Non mais je sais qu'il faut des antibiotiques. » Même si le parent connaît l'enfant mieux que moi... « Si si docteur, donne des antibiotiques, c'est une bronchite, c'est une crise d'asthme. »

Il ne laisse pas du tout parler l'enfant. Ado effacé et papa virulent. À l'examen il n'était pas du tout en crise d'asthme, une petite bronchite, pas de fièvre, aucun signe de gravité.

Je lui explique les choses... Là on s'est vraiment engueulés, avec des menaces : « C'est inadmissible, s'il arrive quelque chose de grave vous allez voir je vais me plaindre ! » Là j'explique que la situation ne justifie pas la prescription. « Mais si le docteur il fait tout le temps ça ! » J'essaie de me contenir, avec les principes de communication appris à la faculté, un ton neutre mais il s'énervait encore plus. À la fin je n'en pouvais plus, j'ai fait la prescription. Ah oui et il voulait aussi des corticoïdes. Je lui dis que ce n'est pas nécessaire. Il me dit qu'il ne le prendra que s'il y a besoin mais bon... J'ai fait la prescription et il est parti.

Mais il m'a paru très manipulateur parce qu'au départ dans la séduction et la gentillesse et au final, ça ne s'est même pas fini correctement parce qu'il ne voulait même pas payer la consultation. Il avait une CMU mais qui ne passait pas sur l'ordinateur. Il n'a pas payé il est parti avec l'ordonnance. »

Dr Galam : « Vous avez fait la feuille de soins papier non ? »

FG5Int2 : « Non j'ai fait le tiers payant avec les 6.90 euros qu'il n'a pas payé. Il aurait fallu forcer sur l'ordinateur mais je ne savais pas faire. Ça m'avait chamboulée, j'en ai parlé après avec le médecin, qui m'a dit qu'il était comme ça. Elle, elle cédait à ses exigences. »

Dr Magnier : « Si tu ne l'avais pas fait, il se serait passé quoi ? Tu te sentais en danger ? »

FG5Int2 : « Il était violent verbalement et aussi physiquement. Il s'approchait du bureau... Je n'avais pas peur qu'il me frappe mais quand même... En y repensant je pense qu'il serait parti. J'aurais pu ne pas faire d'ordonnance mais j'étais en fin de consultation et bon... Je ne voulais pas insister. Le comble c'est que je l'ai revu quelques temps après en garde en maison médicale ou je fais des gardes. Ça commence à 20h, il était 20h05, il était déjà devant la porte, et il a crié : « C'est inadmissible vous êtes en retard ! » Il m'a reconnue forcément. Et engueulée... »

Investigatrice : « Tu dis en avoir parlé avec le médecin que tu remplaçais, qu'est-ce que ça a donné ? Vous en avez discuté ? Ça t'a apporté quelque chose ? »

FG5Int2 : « Bah je lui ai surtout raconté que j'avais été un peu choquée par son attitude. Et elle ne m'a pas dit grand-chose à part qu'elle savait qu'il était comme ça, et qu'elle elle cédait dans ces cas là... Mais c'est tout... Ça ne m'a pas trop aidée parce que moi ce qui m'ennuie c'est de céder justement... »

Dr Galam : « Qu'avez vous ressenti une fois qu'il est parti ? »

FG5Int2 : « Enervée... D'être passée à côté de la consultation des gamins, parce que finalement le papa exige, exige, exige mais ce n'est pas dans l'intérêt des enfants. Je me suis dit que la prochaine fois que je vois un ado, je fais sortir les parents. Là je n'avais pas insisté. Faire entendre quelque chose, alors que tout le monde a toujours cédé, c'est très difficile. On n'a pas la légitimité en tant que remplaçant. »

FG5Int3 : « On veut aussi garder une certaine confraternité. »

Dr Magnier : « C'est embêtant de se faire engueuler en consultation quand même. »

FG5Int2 : « Ça devient du commerce. « Si tu ne me donnes pas ce que je veux, je veux en avoir pour mon argent ». Il n'y a pas cette relation de confiance ou je viens te voir, j'ai confiance en toi médecin. Non j'exige et comme je n'ai pas, je m'énervé. L'histoire du paiement ça en rajoute une couche. »

FG5Int1 : « Finalement il avait déjà gueulé. Si tu n'avais pas cédé, il aurait peut-être gueulé un peu plus fort. »

Dr Magnier : « Oui mais si le lendemain il vient voir la praticienne qui fait ce qu'elle n'a pas fait, ça décrédibilise ! »

FG5Int1 : « Oui dans ce cabinet là, auprès de ce patient mais au moins on est en accord avec soi même. On ne peut pas toujours faire comme le précédent si on pense que c'est débile, intellectuellement c'est compliqué. Tu préfères te mettre mal vis-à-vis de ce patient ou avec toi-même ? »

FG5Int2 : « Il y a toujours le doute où tu te dis : « Mais si ça se surinfecte et qu'au final il lui en faut... »

FG5Int1 : « Les antibiotiques tu peux dire au jour J qu'il n'y en a pas besoin mais peut être que le lendemain il y en aura besoin. Même si toi tu sais que l'évolution est comme ça et qu'en prescrire ce jour là ça ne sert à rien, c'est impossible de le faire comprendre surtout si le patient est comme ça. Tu as ce doute que ça tourne mal et ça lui donne raison... »

Dr Galam : « Tu as anticipé un peu son agressivité, quand tu as compris qu'il ne voulait pas sortir. Qu'est ce qu'on aurait pu faire en amont ? »

FG5Int2 : « Accepter son refus de ne pas sortir, c'est un peu le laisser s'imposer aussi... »

Investigatrice : « C'est difficile avec un ado de 16 ans, de dire aux parents de sortir. Si ce n'est pas habituel pour eux. »

FG5Int2 : « Je le fais assez facilement. »

Dr Magnier : « Mais tu le proposes juste... »

Investigatrice : « Oui tu le proposes, ça oui. C'est tout à fait faisable de proposer. Mais quand la personne dit non... »

FG5Int2 : « J'ai eu ça deux fois, lui et une dame avec sa fille de 12 ans. Je me suis posé la question : si j'avais été un homme il y aurait eu plus de difficultés mais en tant que femme... »

FG5Int3 : « Sinon tu ne les fais pas sortir sauf si tu sens qu'il y aurait un bénéfice à les faire sortir, un truc à creuser ou quelque chose... »

Dr Galam : « Dans votre histoire, les grands gamins n'ont rien dit ? »

FG5Int2 : « Non ils n'ont rien dit. »

Dr Galam : « Plutôt rigolards ou inquiets ? »

FG5Int2 : « Ils souriaient plus de la réaction du papa, pas inquiets. J'ai l'impression que ça les amusait plus qu'autre chose. »

Dr Magnier : « Moi ça m'est arrivé de faire des ordonnances sous contraintes, rarement. Une demande de Subutex®... Et je dis toujours à mes internes : Vous faites mais en la donnant je dis : « Vous ne revenez plus ici. Vous avez élevé le ton, je vous donne ce que vous voulez mais je ne veux plus vous revoir. » Mais dans ton cas c'est différent, c'est le médecin de famille. Mais là c'est un peu sous contrainte. Ce n'est pas grave mais il y avait une contrainte. »

FG5Int3 : « En tant que remplaçant, on a moins de marge de manœuvre que quand on est installé. »

Dr Galam : « Vous pouvez discuter avec le médecin que vous remplacez de ce que vous ne souhaitez pas faire et les patients ne viennent pas quand vous êtes là. »

FG5Int2 : « Là je l'ai vraiment senti comme de la manipulation, c'était vraiment désagréable. »

Dr Magnier : « Un remplaçant ne peut pas dire : « Vous ne mettez plus les pieds ici ». »

Dr Galam : « Non mais : « Moi je ne veux pas vous voir. »

Dr Magnier : « Tu donnes l'ordonnance et tu dis : « Moi je ne veux plus vous voir. »

Dr Galam : « Tu n'es pas obligée de la donner. »

Dr Magnier : « Quand je dis de donner c'est pour ne pas se prendre un coup dans la gueule.

Dans son histoire là physiquement il s'approchait. »

FG5Int2 : « Il ne m'a pas touchée. »

Investigatrice : « Mais il te faisait peur, il le savait. »

Dr Magnier : « Si tu avais pu lui dire que tu ne voulais plus le voir, alors là qu'est-ce que tu aurais fait en le voyant à la maison médicale de garde ? »

FG5Int2 : « Je l'aurais adressé aux urgences. Il aurait attendu plusieurs heures. J'ai senti vraiment de la manipulation dans son attitude, quand j'y ai réfléchi, je me suis demandée pourquoi j'étais mal à l'aise. Parce qu'on parle de violence physique mais il y a violence psychique aussi. Et j'imaginai sa femme, je n'ose même pas imaginer l'emprise qu'il a sur elle vu l'effacement des gamins qui étaient à côté, c'est papa qui décide sur tout. »

Dr Magnier : « Tu penses que si tu avais dit que tu ne voulais plus le voir ça aurait servi ? »

FG5Int2 : « Bah non parce que l'autre médecin n'aurait pas su. »

Dr Magnier : « Mais toi ça t'aurait fait du bien. »

FG5Int2 : « Peut-être. »

Investigatrice : « Ces gens là quand ils s'en vont, on a l'impression de s'être fait marcher dessus. »

FG5Int2 : « Tu es écrasée par terre. »

FG5Int3 : « Il faut passer au dessus de tout ça. »

FG5Int2 : « Et là je me dis : heureusement que ce n'est pas mon patient, si je m'installe un jour... »

Dr Galam : « Dans ces cas là tu le vires, si c'est ton patient. »

FG5Int1 : « C'est difficile de savoir dans quelle situation tu dois agir comme ça ... »

Dr Magnier : « Tu ne dois jamais avoir peur. On ne peut pas faire un métier en ayant peur, sinon tu fais toutes les ordonnances qu'on te demande, c'est trop dur le travail qu'on fait. »

Dr Galam : « La question de savoir comment gérer un patient menaçant est importante. »

FG5Int1 : « Oui car quand quelqu'un a une attitude inadéquate mais que tu n'as pas peur tu peux gérer. Mais quand tu as peur, c'est différent. »

Dr Galam : « Ce que je ressens est un signe du risque potentiel. Si j'ai peur ce n'est pas la même chose que si je n'ai pas peur. Si j'ai peur il faut que je sauve ma peau, il faut jouer serré. Je n'ai pas peur pour rien a priori. Je peux me tromper... »

FG5Int3 : « Il y a des patients qui te mettent mal à l'aise. »

Dr Galam : « Ce n'est pas la même chose que la peur. »

FG5Int3 : « Oui mais ce que je veux dire c'est que le patient te fasse peur ou te fasse te sentir mal à l'aise, tu finis par prescrire ou faire une consultation d'une façon qui n'est pas ce que tu aurais fait habituellement. »

Dr Galam : « Bien sur, c'est un critère clinique. Si j'ai quelqu'un de menaçant, c'est un critère clinique. »

FG5Int1 : « Souvent on se débarrasse du problème, pour qu'il sorte du bureau. »

FG5Int3 : « Il y a des patients avec qui tu n'aurais pas fait la même chose s'ils n'avaient pas été désagréables. Combien de fois avec des patients qui m'agaçaient je me suis dit que je n'aurais pas du faire ça... Je n'ai pas pris le temps. »

Dr Magnier : « On a des patients pervers, mais parfois c'est nous qui sommes inadaptés. »

FG5Int1 : « Un maître de stage me disait : « Quand quelqu'un t'énervé, au lieu de t'énervé, pense à pourquoi il t'énervé. » Du coup je me pose deux secondes pour me demander pourquoi. »

Dr Galam : « Ca c'est très intéressant. Mais, à nouveau, on est dans la situation où on se regarde et une fois qu'on comprend, on gère mieux. Dans l'énervement on est dans la passion sinon. »

FG5Int1 : « Il y a des gens, ils franchissent la porte, tu es déjà exaspérée. »

Le groupe : « Oui » (Rires)

FG5Int1 : « Mais tu ne sais même pas pourquoi. C'est vraiment le délit de sale gueule par excellence. »

Dr Galam : « Alors le délit de sale gueule est un signe clinique. »

(Rires)

Dr Galam : « Si si j'insiste. C'est un signe clinique, en pédiatrie, le délit de sale gueule c'est quand même le premier élément clinique. Si moi je ressens un délit de sale gueule c'est qu'au niveau relationnel il y a un problème, il faut le gérer comme tel. C'est important. »

FG5Int1 : « Moi je me rends compte qu'il y a un type de patient qui m'énervé, c'est souvent le même genre. »

Dr Galam : « Une fois que je sais alors j'évite ou j'anticipe. Pour la question des antibiotiques il y a une étude qui est sortie et qui dit que la solution est d'anticiper très vite en disant qu'il n'y aura pas d'antibio. Ca marche mieux que de le dire à la fin. »

FG5Int2 : « Ca je le fais souvent en décrivant l'examen clinique, il n'y a pas d'otite etc. Mais avec ce père là, ça n'aurait pas marché. Il me l'a dit dès le début de la consultation. »

Dr Galam : « Dans le principe on a toujours le pouvoir de faire ce qu'on veut ou pas, on doit imposer le fait d'être respecté, digne, etc. Mais ça dépend, s'il y a un méchant, on sauve sa peau. »

Dr Magnier : « Il y a aussi la négociation, j'ai des patients très friands d'antibio avec qui je négocie l'antibiothérapie car tu sais que tu ne vas pas le donner mais qu'il va faire tous les cabinets pour en avoir. »

FG5Int2 : « C'est ce que j'ai fait, j'ai donné mais j'ai différé la prise. »

Dr Galam : « Il a finalement entendu ou fait semblant, en tout cas, fait semblant d'être partenaire avec toi. »

Dr Magnier : « Pour pas mal de patients, j'ai l'impression que ça a marché. Comme pour les anxiolytiques, ils sont contents d'avoir la boîte sous la main mais ils ne l'utilisent pas toujours. »

Dr Galam : « Bien, merci. Il faut retenir qu'il n'y a pas de raison d'être maltraité. »

Dr Magnier : « Il faut reconnaître qu'on est faillible et ne pas prendre l'erreur pour une attaque. »

Dr Galam : « Merci beaucoup ».

Fin

FOCUS GROUPE 6

Enseignement dirigé dans le cadre du stage de médecine ambulatoire de niveau 1 : « Erreur médicale : en parler mais comment ? »

Le 10 décembre 2014, Cabinet du Dr Galam.

Réalisation d'un entretien par focus groupe avec cinq internes en stage de médecine générale de niveau 1, de troisième ou quatrième semestre, Dr Galam et moi-même.

Durée du focus groupe : 1h 19minutes

FG6Int1 : « J'étais en stage à Montreuil aux urgences. C'était un samedi, donc une grosse garde de 24 heures. On commençait à 8 heures. Et il commençait à y avoir vraiment pas mal de monde. Je suis appelé dans les étages par le service de gériatrie. Parce qu'une vieille dame fait un malaise. Donc je monte. J'étais avec un chef qui était FFI, enfin qui était médecin étranger qui prenait des gardes vraiment ponctuellement, qui ne connaissait pas

vraiment le service et son fonctionnement. Du coup on trainait un peu, et je ne remets pas du tout en cause ses compétences médicales ou quoi mais il avait des pratiques qui pouvaient être... Un peu à l'ancienne. Bref, je me retrouve dans la chambre de la patiente. L'infirmière me dit : « Je l'ai vu convulser » ou je ne sais quoi... Donc on part plus sur une pseudo-crise d'épilepsie. Et je vois dans son dossier qu'elle est là pour ça. Quand je la vois, elle est plutôt en post-critique on va dire. Elle est assez spastique. Moi ça faisait un mois que j'étais interne, je ne me sentais pas trop autonome à prendre des décisions pour des trucs comme ça. J'appelle le chef, qui me dit de lui donner un traitement, je ne sais plus quel anti-épileptique c'était... Mais il me dit : « Tu lui files 5 mg de ça ». Je demande à l'infirmière qui me dit : « On n'en a pas. » Donc moi je prends la décision directement de lui donner du Rivotril® mais même dose. C'est-à-dire 5 mg, pour une patiente gériatrique qui pesait 55 kgs. En me disant, je vais m'autonomiser, je sais que c'est du Rivotril®. La dose, je suis quasiment sûre à 100% que c'est ça... D'ailleurs je lui mets la demi-dose car je suis quasiment sûr que c'est 10 mg. Je dis à l'infirmière : « Tu lui files et s'il y a un problème tu me rappelles. »

J'arrive en bas, et je dis au chef ce que j'ai donné. Il me dit : « Ah bon, 5 mg c'est quand même un peu élevé... Ca serait plutôt un milligramme donc tu vas te dépêcher de remonter, sinon mamie elle va dormir toute l'après-midi. Elle peut faire un collapsus, un truc comme ça donc ce n'est pas terrible. » Donc je remonte en courant, je me dis : « Merde, j'ai fait une boulette. » J'arrive dans la chambre et je vois l'infirmière qui me fait : « Hopla, c'est bon, c'est donné ! » Bon, je commence à paniquer un petit peu. Je rappelle mon chef qui me dit de lui donner du charbon activé. C'est pour ça que je faisais référence à ses qualifications un peu à l'ancienne, parce que ça ne se donne plus trop le charbon maintenant. L'indication n'est pas tout à fait celle là. Donc je ne sais pas si ça fonctionnait dans son cas, si ça servait à quelque chose.

Donc je redescends et je dis à l'infirmière que s'il se passe quoi que ce soit elle m'appelle. Je lui dis de contrôler sa tension et son état de conscience. Elle me rappelle une demi-heure après en me disant qu'elle est à 8/6 de tension ! 110 de fréquence cardiaque. Là je remonte, je vois qu'elle est inconsciente, Glasgow 3. Je n'arrive pas à la stimuler, alors elle était déjà dans un état un végétatif comme ça mais bon... Donc je me retrouve à rappeler la réa. Qui me dit : « Qu'est ce que c'est que ce bordel ? Qu'est ce qui s'est passé ? » Je lui explique la situation. Elle, pas conciliante du tout, qui ne me parle plus finalement quand elle apprend ce qu'il s'est passé et qui ne parle qu'à l'infirmière. Donc j'essaie d'intervenir, elle ne me calcule même pas. Je me retrouve vraiment mal, je n'étais pas bien du tout. En plus de ça, c'était un service de gériatrie où j'ai appris après que les familles des patients, ne pouvaient parler à un médecin que toutes les deux semaines ou quelque chose comme ça. Là le mari de la femme se retrouve devant la porte, en train de se demander ce qu'il se passe. La réanimatrice me dit : « Tiens pendant que tu es là, tu vas en profiter pour aller lui parler. » Je me retrouve face à ce monsieur de 83 ans qui se retrouve à m'expliquer que depuis quelques mois, sa femme ça ne va pas du tout etc. Qui se met à pleurer... Donc je me retrouve devant un dossier que je ne connais pas du tout pour lui expliquer la situation. Moi-même, je suis assez secoué parce que je me dis que j'ai fait ma première boulette, et je me dis : « Si ça se trouve, si elle se retrouve dans le coma, si elle décède dans la journée ça sera de ma faute. » Et je me retrouve à parler avec son mari pour lui dire qu'il s'est passé ça... Je lui explique franchement mais dans des termes que j'ai essayé de mesurer qu'on lui a donné une dose un petit peu forte d'anti-épileptique et qu'elle risque de dormir cet après-midi, que ça la soulagerait mais qu'il fallait s'attendre à ce qu'elle dorme.

Finalement le monsieur m'a remercié en me disant : « Ecoutez ça fait trois semaines que je n'ai pas eu de nouvelles. Merci de m'avoir expliqué tout ça. » Je suis redescendu aux urgences. Moi un peu sous le choc, enfin non plutôt remué, secoué... Et je me souviens d'en avoir parlé avec mes co-internes qui m'ont dit qu'il ne fallait pas que je m'inquiète, que c'était une patiente âgée, même si ce n'est pas forcément une excuse mais ils essayaient de me rassurer un peu. Il était 13 heures, j'ai fait le reste de ma garde en y pensant. J'y suis repassé deux fois l'après-midi pour voir comment elle allait et elle allait bien finalement. Je me suis retrouvé en fin d'après-midi à noter dans le dossier qu'il y avait eu une erreur de posologie.

Le lundi j'ai rappelé, il n'y avait plus de souci particulier.

Mais sur le moment ça a été une des pires après-midi de ma vie. A se ressasser tout le temps « Est-ce que je l'ai tuée ? » Il s'est passé plein de trucs différents... Il y a un rapport chronologique qui est assez marquant. Si j'étais arrivé cinq secondes avant, si j'avais pu dire à l'infirmière : « Ne lui donne pas ! » je n'aurais pas eu affaire à la réanimatrice, je n'aurais pas échangé avec le mari de la patiente, je n'aurais pas échangé avec mes co-internes... Et je n'aurais pas passé un après-midi pareil, ça s'est joué à cinq secondes...

FG6Int2 : « La réanimatrice je ne la trouve pas ... Enfin, de te dire d'aller parler au mari... Je trouve ça... »

FG6Int1 : « Elle était horrible. »

Investigatrice : « Tu en as reparlé avec elle après ? »

FG5Int1 : « Oui je l'ai recroisée après, et elle était très énervée parce que apparemment... Alors je ne sais pas comment elle aurait pu comprendre ça, si je me suis mal exprimé ou quoi mais apparemment je lui aurais dit : « Tu t'en occupes ! Moi je n'ai rien à voir là dedans, tu t'en occupes ! ». Alors que ce n'était pas le cas du tout ! Elle justifie ça comme ça ... »

FG6Int5 : « Oui enfin, elle aurait pu avoir un minimum de psychologie ! Est-ce qu'elle savait que tu étais en premier semestre ? Mais elle a dû voir que tu étais paniqué, et elle a plus d'expérience... »

FG6Int1 : « Non, elle n'a rien fait du tout. Elle a juste dit : « Pas d'indication réanimatoire. »

FG6Int2 : « Juste ça ? Et après ? Elle est partie ? »

FG6Int1 : « Oui. »

Investigatrice : « Et avec ton chef des urgences ? »

FG6Int1 : « Alors comme j'ai dit, lui c'était un chef qui n'était pas là souvent. Il faisait une garde par mois peut-être. Il m'a quand même pas mal rassuré, en me disant que ce n'était pas très grave... Mais comme c'était un samedi après-midi vraiment horrible, on était juste un chef et un interne pour 140 passages par jour et du coup ça carburait. On n'a pas vraiment eu le temps d'en reparler. Au final ça m'a un peu changé les idées aussi. J'en ai reparlé le lundi avec mon chef attiré aux urgences, on a bien rebriefé aussi. Ça c'était bien. »

Investigatrice : « Qu'est ce que vous vous êtes dit à ce moment là ? »

FG6Int1 : « Il m'a dit que maintenant... Enfin plus sur le côté technique, que peu importe les années d'expérience ou de vouloir s'autonomiser, ils y a certaines choses que tu te dois de vérifier. Même si tu en es sûr. Ça ne coûte rien de vérifier, quitte à perdre un tout petit peu de temps, quitte à en gagner si jamais tu ne fais pas d'erreur. C'est du préventif et il a accentué là-dessus et a conclu en disant : « J'espère que tu connais maintenant la posologie du Rivotril®. Et que tu vérifieras quand même dans ton Vidal avant de prescrire la prochaine fois. ».

Investigatrice : « Est-ce que ça a changé quelque chose ensuite dans ta pratique ? »

FG6Int1 : « Oui, et c'était au début des urgences, j'étais dans l'optique de l'urgence... « Il faut aller vite ! Il faut aller vite ! » Et maintenant, je prends mon temps. Enfin, je tempère un peu mes ardeurs à vouloir donner des choses rapidement, traiter rapidement. Je préfère maintenant me poser et surtout déterminer si le truc est urgent ou pas. Elle, elle était semi grabataire, avec séquelle d'AVC, la laisser en post-critique comme ça et remonter si elle avait déjà recriser, sachant qu'elle avait déjà des traitements anti-épileptiques... Est ce que c'était urgent ? Non, clairement pas. Et je pense que j'ai appris là-dessus à savoir ce qu'il y a d'urgent, ce qui peut attendre. »

Investigatrice : « Est-ce que tu te souviens de la façon dont tu as formulé la situation quand tu as appelé la réanimatrice ? Tu as parlé « d'erreur » ? »

FG6Int1 : « Non, j'ai expliqué qu'elle avait crisé, que j'ai donné 5 milligrammes au lieu d'un milligramme de Rivotril®. Je crois que je l'ai dit comme ça... Elle m'a fait : « Attends, attends, attends, quoi ? Quoi ? Quoi ? Bon j'ai rien compris, j'arrive ! » Et de toute façon, pour l'avoir recroisée pendant tout le semestre c'était une chef qui était horrible ! C'était vraiment une conasse finie ! Je pense vraiment que je ne suis pas tombée sur la bonne personne à ce moment là ! »

FG6Int2 : « Et après, avec les autres patients tu étais plus stressé ? »

FG6Int1 : « J'ai ressassé ça tout l'après-midi déjà. Plusieurs fois je suis remonté pour voir comment elle allait... Toutes les prescriptions que j'ai faite dans l'après-midi, je me disais « C'est bon ou pas ? ». C'est marrant, parce qu'il y a vraiment une transition entre l'externat et l'internat où on se dit vraiment : là c'est moi qui vais être responsable, il va falloir prendre des décisions. Sauf qu'au début on est quand même vachement encadrés et qu'il y a un moment où on se dit qu'il va falloir qu'on passe le pas. C'est ça qui m'a induit en erreur, la pression de la prise de décision. »

FG6Int4 : « Quand tu es arrivé dans la chambre de la patiente, l'infirmière t'as mis la pression ? »

FG6Int1 : « Alors il y avait un facteur aussi important, c'est que c'était une infirmière qui débutait, complètement débutante. Et une autre erreur aussi, c'est une erreur diagnostique parce que je me suis basé sur ce qu'elle a vu, ce qu'elle m'a, je pense, pas très bien décrit. Je n'ai pas essayé de la faire reformuler pour savoir exactement ce qu'il s'était passé. Ça c'est un autre point qui aurait pu être corrigé. Maintenant, je me réfère à ce que je vois ou alors j'essaie de vraiment bien caractériser ce que l'autre personne a vu et ce qu'elle m'a dit. »

Investigatrice : « Comment a réagi l'infirmière quand tu es arrivé pour lui dire que tu revenais sur la dose de ta prescription ? »

FG6Int1 : « Elle était paumée... Un peu paniquée aussi. Elle s'est rendu compte qu'il y avait une erreur. C'était peut-être la première fois qu'elle en voyait une. »

Investigatrice : « Tu en as reparlé avec elle après ? »

FG6Int1 : « Non, je crois que je ne l'ai jamais revue. Ah si ! On s'est recroisés pendant une garde une fois. C'était un peu bizarre. On s'est reconnus mais on ne s'est pas parlé ou quoi.

Et dans la soirée, en repassant, j'ai croisé une autre infirmière du service, qui était un peu plus âgée et qui m'a dit que ça n'aurait pas dû se passer comme ça, qu'avec un minimum d'expérience elle aurait dû savoir que ce n'était pas cette posologie là. Pour l'histoire du charbon activé, en fait la jeune avait essayé de donner le charbon avec une grosse seringue qu'elle essayait de bourrer dans la bouche de la petite dame qui avait un trouble de déglutition alors que l'infirmière plus ancienne m'a dit que c'était par sonde naso-gastrique. Je pense que ça ne se serait pas passé comme ça avec une autre infirmière. Il y a pleins de trucs, de critères comme ça... qui ont joué. »

Dr Galam : « Merci, c'est une histoire très riche, on pourra y revenir. Quelqu'un d'autre veut s'exprimer ? »

FG6Int2 : « Je ne sais pas si c'est une erreur ou pas, mais en tous cas, c'est une situation compliquée. C'est pareil, j'étais en stage aux urgences, premier semestre. C'était une de mes premières gardes je crois, avec un chef avec qui ça ne se passait pas très bien. Même avec l'équipe infirmière, tout le monde voulait qu'elle parte. Elle n'était pas très compétente, ce n'est pas moi qui juge mais c'est pour définir un peu le contexte. Donc c'était une nuit bien chargée. Arrive à 2 heures, un patient amené par le SAMU pour douleur thoracique qui a des antécédents, d'infarctus, d'AVC. Il fume et boit beaucoup, beaucoup. Son ECG était inchangé avec le SAMU, il y avait une première troponine négative, nous on lui fait un cycle etc. Premier contact avec le patient un peu bizarre, moi je ressens quelque chose d'un peu mysogine. Il me parle du fait que je suis une femme... Enfin, pas un très bon contact avec le recul, mais je reste calme. Il me dit que c'est sa femme qui lui provoque ses infarctus, qu'il est très en colère, qu'il veut divorcer. En même temps, il n'a plus mal dans la poitrine quand je le vois. Ça avait duré trente minutes. Il me dit qu'il devait faire un scanner cérébral pour contrôle de ses vertiges, qu'il n'a pas fait et qu'il devait faire depuis six mois. Je lui dis que ce n'est pas l'urgence et qu'on va d'abord traiter le problème cardiaque. Donc on lui fait un cycle de troponine et je lui explique calmement. Tout se passe bien. Je reviens le voir quand on a tous les résultats, on a refait un ECG tout va bien. On lui a même fait une radio des poumons, tout est négatif. Je lui explique qu'il peut rentrer chez lui, que là il n'a pas fait d'infarctus ou de chose comme ça. Là, il me dit : « Ça ne va pas du tout. » et il me fait sa crise de vertiges et voilà ! J'avais senti qu'il voulait son scanner depuis le début ! Je résume à ma manière, c'est moi qui l'ai perçu comme ça. Donc je lui fais un examen neurologique complet, voilà, pas de déficit, une toute petite dysmétrie à gauche, je n'arrive pas dû tout à le mettre debout, il est instable etc. Je vais en parler à ma chef, qui me dit que c'est quand même mieux de faire un scanner vu ses antécédents. Donc on lui fait un scanner cérébral. La radiologique accepte. Il n'y a rien sur le scanner. Au moment où je reçois les résultats il est quand même six heures du matin, ça n'arrête pas, je vois le patient qui marche très bien dans le couloir en pleine forme ! Bon très bien, je me dis qu'il va pouvoir sortir. Il fera à la limite une IRM en ville s'il veut surveiller ses vertiges et il verra son neurologue en ville.

Je lui dis qu'il peut sortir et revoir neurologue ou ORL, je le réexamine un peu.

Une demi-heure, trois quarts d'heure plus tard, arrive ma chef qui ne voyait plus de patients, c'était bondé, il y a des patients qui attendaient depuis six heures c'était horrible !

Moi j'étais dans un box avec une patiente. Elle fait sortir ma patiente et rentrer le patient qui me gueule dessus pendant un quart d'heure pour me dire qu'il veut mon nom, mes coordonnées, qu'il va prévenir mon chef, que j'ai fait une énorme erreur. Je ne comprends pas parce que pour moi... Enfin je ne vois pas. Ma chef reste à côté de moi sans rien dire. Ça dure quand même un quart d'heure. Il me dit : « C'est inadmissible vous êtes nulle, vous avez fait une énorme erreur. » Pour me dire que je ne lui ai pas fait prendre son Plavix® le soir. Moi je ne savais pas qu'il ne l'avait pas pris. Il le prend à 20 heures d'habitude. Ma chef dira juste une mini phrase que ce n'est pas grave. Moi je suis en premier semestre, je me dis que ça ne doit pas être très grave, qu'il reprendra son Plavix® tout à l'heure ou demain soir. Que là il n'a pas fait d'infarctus, qu'il est juste très en colère et qu'il a besoin de se défouler sur moi. Sauf que je me prends tout et que j'ai quand même un peu peur. Je m'excuse, je dis que je suis désolée. Il dit qu'il va donner suite, qu'il connaît des journalistes, enfin il s'excite pendant un quart d'heure. Il finit par partir, ma chef n'a toujours presque rien dit à côté de moi.

Moi je sors, je suis effondrée. Je me dis : « Merde, j'ai fait une énorme connerie, c'est horrible. » Ah si ma chef me dit juste : « Ne t'inquiètes pas, tu n'auras rien. Au pire ça tombe sur moi. » Au lieu de me dire que ce n'est pas grave, moi c'était juste ce que j'attendais. Donc je fais une pause d'une demi-heure. Il y avait beaucoup de monde mais je n'en pouvais plus.

Et j'ai mis beaucoup de temps à régler cette histoire. C'est-à-dire que j'ai commencé à parler à un de mes chefs de clinique la semaine d'après pour lui raconter l'histoire. Parce que moi j'avais peur, j'étais un peu stressée... Et je trouve qu'aux urgences on ressent beaucoup plus qu'en ville ou quoi, la pression de la plainte, les gens sont beaucoup plus agressifs. Je comprends, ils attendent très longtemps mais il y a une grosse, grosse agressivité, on s'en prend quand même beaucoup dans la poire. Moi je ne savais pas, j'avais peur, je me disais que je ne pourrais plus faire de la médecine, que c'était une catastrophe. Mon chef me rassure mais modérément, je lui

parle de mon cas mais il ne me dit pas : « Tu n'as pas fait d'erreur. » Moi c'est ce que je voulais entendre, ou au moins qu'est-ce qu'on pouvait avoir comme poursuites, des choses comme ça.

L'histoire continue : je croise une secrétaire qui me dit j'ai eu Monsieur Machin au téléphone, sans aucun tact. Elle ne connaît pas bien l'histoire mais je pense qu'elle aussi s'est faite gueulé dessus par le patient qui est toujours aussi en colère. Du coup, ça repart et je me dis « Ohlala, c'est une catastrophe. » Finalement, je vais parler à ma chef de service. C'est elle qui me convoque parce qu'elle était au courant. Et elle c'est la seule qui m'a vraiment rassurée. Elle a pris mon cas, elle a regardé le dossier et elle m'a dit : « Tu l'as bien rempli, tu n'as pas fait d'erreur, tu as peur de quoi ? » Elle a vraiment pris du temps avec moi et c'était agréable. Donc ce n'est pas vraiment une erreur, parce qu'au final, il n'est pas mort. Vu qu'il a rappelé c'était rassurant. Mais moi ce qui m'a choquée, c'est le manque de soutien de ma chef. Parce qu'au tout début, on est perdu et avec le recul je me serais dit que ce n'était pas dramatique qu'il n'ait pas eu son Plavix® mais au tout début, on ne sait pas. »

Investigatrice : « Tu avais peur des suites parce que tu ne savais pas les proportions que ça pouvait prendre ? »

FG6Int2 : « Oui, en plus, c'était la semaine après une espèce de réunion sur les erreurs médicales, avec les plaintes pénales ! Je ne sais pas pourquoi on a ça, en deuxième semaine de l'internat. Parce qu'on est aux urgences, on sent qu'il y a ... On nous dit beaucoup de toujours mettre dans le dossier les consignes de reconsulter... On sent beaucoup plus aux urgences, j'ai trouvé, cette peur. Ce qui est normal, parce qu'aux urgences ça va vite, on peut passer à côté de certaines choses et c'est important de dire au patient de revenir s'il y a des signes etc. Mais oui, beaucoup plus. Mais ça m'a rassurée ensuite de voir qu'on ne pouvait pas être poursuivi, pour tout et n'importe quoi. Après je pense qu'il y a eu un problème d'interaction avec lui, parfois la relation ne s'établit pas forcément. »

FG6Int5 : « Je trouve que c'est compliqué aux urgences de suivre les traitements des patients, souvent ce sont eux qui nous disent : « Et mon insuline, etc. »

FG6Int1 : « C'est marrant parce qu'on décrit souvent l'erreur médicale comme le fait de donner quelque chose, et là c'est le fait de ne pas avoir donné quelque chose. »

Investigatrice : « Qu'est ce que tu attendais des chefs à qui tu en as parlé ? »

FG6Int2 : « Moi j'avais peur de la plainte ! Savoir jusqu'où ça pouvait aller. Donc déjà qu'on me rassure sur le fait que je n'avais pas fait de grosse erreur, que le patient ne pouvait pas... Et en deuxième, ce qu'elle m'a dit : qu'elle recevait des tonnes de courriers aux urgences, que c'était elle qui gérait et que ça n'allait pas plus loin et que comme mon dossier était carré, tout était noté. Je voulais savoir à la fois que je n'avais pas fait d'erreur et être rassurée sur le fait que je ne pouvais pas être poursuivie. »

Investigatrice : « Comment se sont passées les discussions avec tes deux autres chefs ? »

FG6Int2 : « La première... Voilà, elle est revenue vers moi parce que la chef de service m'a demandé si je voulais qu'on fasse un entretien à trois. Moi j'ai dit que je n'y tenais pas particulièrement. Et cette chef est venue s'excuser auprès de moi, je pense qu'elle a dû avoir un entretien... Non, mais on n'amène pas comme ça un patient qui gueule. C'est son rôle de chef de gérer ça, je n'ai pas compris pourquoi... Surtout que c'est très gênant, parce qu'elle fait sortir une patiente que je suis en train d'examiner, qu'il y a trois patients à côté que je dois voir après. C'est le fait qu'elle ait eu un manque de réaction, elle aurait dû me soutenir en tant qu'équipe. Sauf si j'avais fait une bêtise et dans ce cas là, elle aurait dû le réexaminer ou le calmer. C'était son rôle à elle. Moi je pense que comme ça ne passait pas avec moi, il fallait qu'elle fasse quelque chose. Je sais qu'avec d'autres chefs, ça ne se serait pas passé comme ça. »

Dr Galam : « Merci c'est là aussi très intéressant on pourra y revenir »

FG6Int3 : « Pour moi c'est pareil, aux urgences, premier semestre. Début de stage, fin de garde, tard dans la nuit. Une femme de 94 ans qui a fait une chute. Elle vit dans une résidence non médicalisée, du coup, l'ambulance la ramène. J'examine la patiente, je ne vois rien de grave. Pas de traumatisme grave, elle a des œdèmes des membres inférieurs. Glasgow correct, bien consciente. Elle a des douleurs quand même aux épaules etc. Donc je fais quelques radios, tout revient négatif. Mais le truc qu'il faut savoir c'est que les urgences sont réparties en deux zones : le secteur rapide, court et le secteur médecine, long, pour les motifs qui nécessitent plus d'explorations. Elle avait été adressée en secteur court, donc en général il n'y a pas de bilan, juste des radios éventuellement. Je n'ai pas d'estimation du temps qu'elle a passée au sol. Elle sait me dire qu'elle est restée par terre mais elle ne sait pas me dire combien de temps. Donc je pense à la rhabdomyolyse et je dis à l'infirmier qu'il faut faire un bilan. Il me regarde et me dit : « Un bilan ? » Je dis : « Oui, il faut faire un bilan, des CPK, une kaliémie. » Il me dit : « Mais pourquoi ? » Je lui explique que je pense à la rhabdomyolyse et je lui dis de faire aussi un ECG. Il n'est vraiment pas... Mais il l'a quand même fait. Le bilan part, il y avait un système de tuyaux pour envoyer les prélèvements. Forcément, le bilan se perd. Il est retrouvé. La famille arrive et ne comprend pas

pourquoi la patiente est encore là alors que les radios sont normales. Je reçois au bout de deux heures, quand même, voir deux heures et demie la kaliémie et les CPK normaux. Je n'ai pas le reste du bilan. J'appelle le laborantin, il me dit que la machine est en train de tourner. La famille me met la pression. Bon, comme les radios sont normales et qu'il n'y a pas de rhabdomyolyse, j'explique qu'ils peuvent rentrer rassurés. L'ambulance part avec la patiente. Et une fois que la patiente est partie, je vois trois quatre d'heure après le bilan avec une natrémie à 122. Je me dis que ça explique les chutes, les œdèmes. Moi je suis passé complètement à côté. Au final j'ai rappelé le fils de cette dame en disant qu'il fallait reconstruire la natrémie et apporter les résultats à son médecin traitant. Voilà. »

FG6Int2 : « Et le fils t'a dit quoi au téléphone ? »

FG6Int3 : « Ils étaient super compréhensifs. Leur problème c'était de savoir comment ils allaient s'occuper de la grand-mère parce qu'elle vivait seule dans un appartement. Ils étaient assez satisfaits et quand je l'ai rappelé il n'était pas rancunier. »

Investigatrice : « Et tu as tout fait tout seul ou tu en as parlé à un chef ? »

FG6Int3 : « J'ai tout fait tout seul parce que à partir de minuit jusqu'à quatre heures c'est l'interne et après quatre heures c'est le chef, on partage la garde en deux. Mais j'en ai parlé avec d'autres internes et on s'est dit qu'il fallait reconstruire pour peut-être adapter son Lasilix® »

FG6Int2 : « Tu as dit que la famille te mettait la pression, c'était pour partir ? »

FG6Int3 : « La famille voulait savoir ce qu'il fallait en faire, si on allait la garder ou la faire sortir. Ils m'ont surtout demandé si elle pouvait retourner dans son appartement. Je leur ai dit que toute seule, pas autonome je ne la voyais pas rentrer chez elle comme ça. »

Investigatrice : « Avec le recul sur cette histoire, est-ce que ça a changé ta façon de faire ensuite ? Pour récupérer des résultats par exemple ? »

FG6Int3 : « Oui, après tu passes plus de temps au téléphone avec les laboratoires forcément. Avec les infirmiers, des fois ça prend du temps d'expliquer pourquoi tu fais un bilan. Lui en plus il me disait : « Pourquoi tu fais un bilan ? Elle n'a pas de fracture, là c'est le secteur traumatisme, on ne fait pas de bilan. Moi je suis infirmier de traumatisme, je ne fais pas de bilan d'habitude. » D'ailleurs, après, il y a eu un petit clash avec l'infirmier. A une heure du matin, les infirmiers vont manger. Donc quand j'ai demandé le bilan, ils allaient manger. Ça ne leur a pas plus du tout. »

FG6Int1 : « Et pour l'orientation circuit court ou long, c'est un infirmier qui fait le tri ? »

FG6Int3 : « Oui, la nuit c'est l'IAO. La journée tu as un médecin qui fait l'accueil, la nuit c'est un infirmier. Il y avait pas mal d'erreur dans ce service pour le tri. C'est arrivé qu'un patient de 66 ans qui venait pour malaise et qui avait sur la fiche pompier « AVC » ait été envoyé en secteur court. Moi je l'avais examiné, fait un ECG, il n'y avait rien de particulier. J'ai refait un examen neurologique et quand je lui demande d'attraper un stylo d'un bras il allait le chercher, de l'autre pas possible. Donc je fais un scanner : hémorragie cérébrale. Il y avait pas mal d'erreurs sur l'orientation des patients. »

Investigatrice : « Est-ce que au cours de ton stage, ça a été remis en question ça ? La façon d'organiser le tri des patients ? »

FG6Int3 : « Oui ils en parlaient pas mal, c'était toujours compliqué parce que le chef de service n'avait pas remis clairement en question le tri. Le service était nouveau donc c'était assez spécial. »

Dr Galam : « Là il y a eu des échanges avec l'infirmier avant l'erreur mais pas après ? Après, l'échange s'est fait uniquement avec la famille c'est ça ? »

FG6Int3 : « Avec l'infirmier non. »

Investigatrice : « Tu ne lui as pas parlé des résultats du bilan ? »

FG6Int3 : « Non, pas avec lui. Ça n'était pas un infirmier avec qui je parlais beaucoup, il voulait toujours faire vite. Ça tournait beaucoup dans le service, je n'ai pas refait de garde avec lui. J'en ai parlé à mes co-internes. On a décidé qu'il fallait appeler la famille puis le médecin pour adapter le traitement. »

Investigatrice : « Tu en as parlé avec ton chef quand il s'est levé ? »

FG6Int3 : « Non, c'était une hyponatrémie sûrement installée depuis longtemps. C'est sûrement pour ça qu'elle avait des œdèmes. Je n'ai pas eu besoin de lui en parler. »

FG6Int1 : « C'est marrant comment on peut être poussé par les autres, dans un souci de productivité... D'autres qui veulent prendre des pauses et des fois pour leur permettre de le faire on se retrouve à bâcler. Là tu aurais pu dire, on ne fait pas de bilan. »

FG6Int3 : « Le plus grave ça aurait été s'il y avait eu une rhabdomyolyse. Là de refuser de faire le bilan c'est grave. »

Dr Galam : « Tu as réussi à t'imposer quand même là. »

FG6Int1 : « Ca c'est le genre de choses qui arrive aux internes. Les infirmiers ne posent pas de questions si le senior demande un bilan. »

Investigatrice : « Finalement, tu as quand même été influencé par les autres : tu as décidé de ne pas attendre la natrémie. »

Dr Galam : « Tu as un peu négocié tout seul là, en quelque sorte. Tu t'es dit je voulais la kaliémie, j'ai la kaliémie bon... »

FG6Int3 : « Finalement, tu t'obstines sur le seul truc que t'as réussi à garder... »

Investigatrice : « Est-ce que tu penses que ça t'as conforté par la suite quand tu avais des bilans à demander ? »

FG6Int3 : « Oui, même si c'est fatigant d'expliquer. Quand il y a beaucoup de monde, tu n'as pas envie d'expliquer. Tu le demandes, gentiment bien sûr mais c'est tout. »

Dr Galam : « Merci, une autre personne veut raconter peut-être ? »

FG6Int5 : « Oui moi j'étais aux urgences. Je reçois un patient, la soixantaine, qui est transféré d'un hôpital psychiatrique pour syndrome confusionnel. C'était un peu compliqué parce qu'on ne savait pas si les troubles qu'il avait étaient liés à son syndrome psychiatrique ou si c'était plutôt neurologique. J'avais l'impression qu'il y avait un peu une bataille entre les psychiatres et les neurologues. Je vais voir le patient, qui était... très bien ! Et qui avait quelques troubles des fonctions supérieures ça c'est sûr. Il était un peu frontal, un peu particulier dans le contact mais il n'avait pas de syndrome confusionnel, pas de franche désorientation temporo-spatiale. Donc je l'examine bien. Je fais un bilan biologique, un scanner cérébral. Pour moi c'est le bilan de tout syndrome confusionnel. Même si pour moi il n'était pas confus, je me suis dit qu'ils nous l'adressaient quand même pour ça et que le minimum c'est qu'on fasse le bilan. Je crois qu'il y avait juste une petite infection urinaire, que j'ai traitée. Pour moi il pouvait rentrer dans son hôpital. Sachant que les gens qui viennent d'hôpitaux psychiatriques on les met en blouse, on prend leurs affaires et on les met dans une armoire fermée à clefs. J'étais avec de jeunes infirmières, des étudiantes, et d'autres du service que je connaissais bien qui fonctionnaient par deux, une ancienne et une étudiante.

Je dis que le patient va pouvoir repartir, je le dis à une étudiante, mais je n'ai pas fait attention.

J'avais fait un bon de transport, j'étais allée voir la secrétaire pour appeler son transport, etc. Une heure après, les ambulanciers arrivent et me demandent où est le patient. Là je le cherche et je ne le trouve pas. Bon... C'est bizarre. Je demande aux infirmières. Elles me disent qu'elles ne savent pas, puis : « C'est vrai je l'ai vu, il était là habillé, puis il disait qu'il allait retrouver son frère. » On creuse un peu, tout le monde s'active puis une étudiante infirmière, enfin... Je ne sais pas mais quelqu'un lui a donné ses affaires, donc il avait fugué. Je vais voir la cadre de santé pour dire qu'il a fugué. J'appelle sa femme ou sa mère, je ne sais plus. Pour expliquer la situation, lui dire que s'il vient chez elle il faut nous le dire et qu'elle peut aller voir chez lui s'il y est allé. Je m'en voulais beaucoup, parce que je me suis dit que j'avais mal communiqué avec la jeune infirmière parce qu'elle a compris qu'il pouvait partir maintenant tout de suite parce qu'elle lui a rendu ses affaires. Mais elle n'a demandé à personne, elle ne m'a pas demandé à moi donc je pense qu'il y a eu un souci de communication.

La cadre de santé qui était très bien a pris mon numéro pour me dire ce qu'il en était et elle m'a appelée le lendemain pour me dire que c'est bon, il était retourné chez lui. Comme quoi, pas si confus que ça. Puis après il y a eu une bataille entre... Il est revenu aux urgences, parce qu'il y a eu une déclaration à la police comme quoi il avait fugué donc il est revenu par une ambulance envoyée par la police. Après je ne l'ai jamais revu. Et il y a eu une bataille entre les psychiatres et les neurologues qui n'étaient pas d'accord, mais bon après ... Je l'ai revu quand même, je lui ai dit : « Bonjour, il ne fallait pas partir comme ça. » Il était très sympathique. »

FG6Int2 : « Est-ce que tu as eu un échange avec l'élève infirmière du coup ? »

FG6Int5 : « Je ne savais laquelle c'était...Parce qu'elles étaient plusieurs et elles se transmettaient l'information. Je pense qu'elle se sentait très mal et je n'arrivais pas à savoir qui c'était. J'espère qu'elles en ont parlé entre infirmières. Mais je pense que la cadre qui était très bien a dû en parler. En tous cas, moi, j'étais allée les voir en disant : « Je suis désolée, c'est peut-être moi qui me suis mal exprimée. » Pour, peut-être, ouvrir un petit dialogue mais non... J'avais ma petite idée mais c'était compliqué. Il était 20 heures, moi j'étais dépassée. Je n'avais qu'une envie c'était de partir, je ne voulais pas dire « C'est toi ou toi ? ». Je pense qu'elle a dû se sentir mal donc je me sentais mal aussi pour elle, parce qu'elles sont jeunes en plus. Et j'en avais parlé à un chef aussi, qui était très speed, que j'aimais bien, qui n'avait pas l'air très inquiet. Il m'avait dit : « Ne t'inquiètes pas, on va le retrouver. » Il était beaucoup moins inquiet que moi, ce qui m'a pas mal rassurée, parce qu'il avait vu le patient aussi. Mais j'étais quand même stressée jusqu'à temps qu'on le retrouve. Parce que je me disais que s'il se passait quoi que ce soit, s'il se fait écraser, surtout pour un patient comme ça, syndrome confusionnel... Même si on n'a rien retrouvé à l'examen clinique, ni à la biologie ou au scanner... S'il lui arrivait quoi que ce soit, pour moi c'était pour moi quoi, ou pour mon chef, enfin c'était pour nous. »

Investigatrice : « Tu avais eu l'impression alors, en allant parlé aux infirmières, qu'elles n'osaient pas parler ? »

FG6Int5 : « Oui, elles n'osaient pas. Et du coup, moi, j'avais l'impression de marcher sur des œufs. Je n'avais pas envie de rentrer en conflit mais en même temps... Ma première réaction, j'étais très énervée et je me disais : « Mais qui lui a donné ses affaires ! » Du coup j'ai dû le répéter quelques fois parce que j'étais assez énervée. C'est pour ça qu'après je suis allée leur dire qu'on avait peut être dû mal se comprendre. Mais ça a pu être assez agressif pour elles au début. Je pense que c'était moins facile du coup pour la personne qui lui avait donné ses affaires de venir me dire : « C'est moi. » Ce qui est dommage. »

Investigatrice : « Vous en avez reparlé une fois le patient retrouvé ? »

FG6Int5 : « Non, parce que les équipes tournaient tout le temps. Non, c'est une bonne question... Mais comme je ne savais pas qui était concerné, j'ai juste dit qu'il avait été retrouvé. »

Investigatrice : « Est-ce qu'il y a eu des discussions dans le service pour ce cas d'évènements ? »

FG6Int5 : « C'est quand même bien protocolisé. Je n'ai pas demandé mais je pense qu'elles ont dû en reparler entre infirmières. C'est vraiment bien fait parce que dès que c'est des patients qui viennent avec un contexte à risque de fugue, ils prennent tout, leur mettent une blouse, mettent un petit bracelet d'identification et ils ferment tout à clefs. Ils le notent dans le dossier. Là c'était rapporté dans le dossier mais je ne sais pas qui avait signé. Moi je n'ai pas voulu aller faire mon enquête ou alors la personne ne savait pas qu'il fallait signer. Donc de ce côté-là c'est bien fait mais peut-être juste que les étudiantes ne le savaient pas. »

Dr Galam : « Donc là c'est toi qui avait un souci de ne pas l'agresser, parce que là c'est toi qui était en position presque de reprocher quelque chose à l'équipe infirmière, même si tu avais toi-même ta part de responsabilité. »

FG6Int5 : « Ah oui, moi j'avais clairement ma part de responsabilité. »

Dr Galam : « D'accord, mais toi, ta question était de savoir comment on avait pu lui donner. »

FG6Int5 : « Oui. »

Dr Galam : « Et là tu l'as fait avec vraiment un souci de... »

FG6Int5 : « C'est-à-dire que je me suis mise à la place de l'infirmière. Parce que déjà, moi, je suis tellement flippée des erreurs médicales, des fugues... Je me suis dit : « La pauvre, elle vient d'arriver... » Je ne voulais pas la dégouter de quoi que ce soit. »

Dr Galam : « C'est intéressant, ce souci de ne pas casser. »

FG6Int5 : « Parce que je trouve qu'on est dans la même position finalement elle et moi, en tant qu'étudiante... Mais je m'en voulais énormément. »

Dr Galam : « Là il y a l'interprofessionnalité qui est intéressante là aussi, merci. A toi »

FG6Int4 : « Moi ça n'était pas aux urgences, mais au cabinet toute seule. La semaine dernière ou il y a deux semaines, je vois une femme enceinte qui attend des jumeaux. Elle est à peu près à 20 semaines d'aménorrhée. C'était un lundi et elle venait parce que tout le weekend elle avait eu des douleurs au ventre, le ventre qui se contractait. Ça s'était répété plusieurs fois dans la journée, ça ressemblait à des contractions. Elle a un suivi gynéco régulier pour les jumeaux à Cochin. Elle vient pour ses douleurs abdominales qui continuent. Je

l'examine. Elle a un ventre à peu près souple, pas de défense, pas de contracture. Je fais une BU ou j'ai des leucocytes. J'étais un peu perdue, parce que je n'ai pas fait de gynéco depuis longtemps... Et puis là une femme enceinte, qui a des jumeaux, qui est quand même à 20 semaines. Je ne savais pas si je devais l'adresser aux urgences ou pas. Parce que ça ressemblait à des contractions, je ne savais pas si elle pouvait faire une menace d'accouchement précoce ou... J'étais un peu perdue donc j'ai appelé mon maître de stage, qui lui non plus ne savait pas trop quoi faire. Il a appelé un gynéco qui lui a dit non c'est rien, on lui fait faire un ECBU, on lui donne des antibiotiques et puis elle retourne à la maison. Moi je n'étais pas à l'aise avec ça, j'avais un peu peur. En plus j'avais déjà dit à la patiente que j'hésitais avant d'appeler mon maître de stage et que c'était peut-être plus prudent d'aller aux urgences. Mais on lui a donné les ordonnances pour les antibiotiques et l'ECBU à faire, elle a très bien compris. Finalement je l'ai revue cette semaine. L'ECBU c'était juste une leucocyturie, pas de bactérie. En plus elle n'avait pas pris les antibiotiques donc parfait. Mais voilà, je me suis sentie complètement incompétente, donc ce n'est pas une véritable erreur mais je n'étais pas à l'aise. »

FG6Int2 : « C'est toi qui l'a rappelée ? »

FG6Int4 : « On l'a appelée en disant qu'on avait les résultats de l'ECBU, que ce n'était pas grave et elle est quand même venue consulter. On était à deux cette fois, ça allait beaucoup mieux. On l'a arrêtée parce que c'était avant son congé maternité. »

FG6Int2 : « Quand tu lui as dit ECBU et antibiotiques, elle avait l'air choquée ? »

FG6Int4 : « Non. Elle avait l'air plutôt soulagée de ne pas aller aux urgences. Parce que je l'avais un peu inquiétée en disant qu'il fallait peut-être aller aux urgences parce que ça veut dire attendre... J'avais parlé d'une échographie pour voir si le col était modifié. Mais du coup moi je ne sais pas quoi faire, parce qu'il y a une leucocyturie chez toutes les femmes enceintes c'est ça ? En tous cas, moi quand je fais une BU il y a toujours des leucocytes. Je ne sais pas si je dois faire une BU jusqu'à l'accouchement, comme si elle avait eu une cystite. C'est des erreurs parce que je ne suis pas assez au point là-dessus quoi. »

Dr Galam : « Tu en as reparlé avec ton maître de stage ? »

FG6Int4 : « Oui mais comme quand on l'a revue elle n'avait plus d'autre plainte, on n'a pas vraiment appuyé là-dessus. »

FG6Int1 : « Donc le diagnostic c'était infection urinaire alors ? »

FG6Int4 : « Non, c'était leucocyturie asymptomatique. »

FG6Int1 : « Qui évolue bien sous antibiotique ? »

FG6Int4 : « Non parce qu'elle ne les avait pas pris. »

Investigatrice : « Pourquoi elle ne les avait pas pris, tu le sais ? »

FG6Int4 : « Parce que je pense qu'elle a senti que je n'étais pas à l'aise et pas sûre. »

Investigatrice : « Est-ce que tu lui avais dit que ton maître de stage avait appelé un gynécologue pour avis ? »

FG6Int4 : « Oui, oui bien sûr. Parce que je lui ai demandé d'attendre dans la salle d'attente le temps que lui finisse sa consultation et appelle le gynéco, donc elle savait. »

Dr Galam : « Donc là le problème c'est que tu ne savais pas trop quoi faire et d'avoir inquiété la patiente. Parce qu'au final dans vos échanges tout s'est passé pour le mieux. »

FG6Int4 : « Oui, au final tout va bien mais je trouve que ce n'est pas une prise en charge idéale. Ce sont des petites erreurs. »

Investigatrice : « Avec le recul qu'est ce que tu aurais fait, ou aimer faire autrement ? »

FG6Int4 : « J'aurais aimé déjà être sûre de ma prise en charge et pouvoir bien la rassurer... »

Dr Galam : « Merci est-ce que vous avez des commentaires à faire ? »

FG6Int3 : « C'est un bon sujet de thèse ! Ca n'a jamais été fait je pense ? »

Investigatrice : « Il y a eu des thèses sur l'erreur médicale mais sur la communication dans le cadre d'une erreur médicale non. »

Dr Galam : « Non, ça n'a pas été fait. »

FG6Int4 : « Toi tu t'axes sur quoi ? »

Investigatrice : « Comme je l'ai dit, c'est dans le cas d'une erreur médicale avérée, ou supposée, sur la communication entre les différents soignants, autour de cette « erreur »

Dr Galam : « Et des deux côtés, soit moi j'ai fait erreur et si c'est quelqu'un d'autre, comment je me positionne. Est-ce que je le dis, comment ? Ne pas dire c'est une erreur. »

FG6Int2 : « Les médecins généralistes se regroupent parfois pour ça ? Je sais qu'il y a les groupes de pairs mais c'est plus des cas cliniques. »

Dr Galam : « Heureusement on ne fait pas que des erreurs. Mais l'erreur c'est un sujet important parce que l'erreur c'est grave pour les patients, c'est sensible pour nous et puis c'est un sujet dont on ne parle pas. Souvent on fait ça entre deux portes, pas de manière structurée, alors que ça mériterait au combien... Parce que même dans les « presque accidents », parce qu'on a évoqué des situations où ça s'est bien passé... Mais ce n'est pas parce que ça s'est bien passé que la prochaine fois ça va bien se passer. Je ne veux pas dire qu'il faut fabriquer des erreurs, mais dès qu'il y en a il faut les attraper pour dire : « Mais là c'est quoi le problème ? » Mais ça n'est pas fait malheureusement. Parce que tout est fait pour que ça ne soit pas fait. On n'a pas le temps, on ne veut pas gêner, on ne veut pas être gêné, on n'est pas à l'aise, donc ça continue... »

Investigatrice : « Vous, avec votre expérience, dans vos stages, qu'avez-vous comme ressenti sur la communication autour d'une erreur ? »

FG6Int2 : « Je sais qu'entre internes, enfin de mon expérience personnelle, entre internes ça se fait beaucoup. Mais après, ce sont des amis aussi. C'est compliqué parce qu'ils ont moins de recul. Ils ont tendance à être dans la même situation que nous donc ils ont tendance à nous rassurer mais pas à nous critiquer où il faudrait que l'on soit critiqués. Du coup c'est bien quand on a des chefs à qui on peut parler. Ils sont quand même plus objectifs mais ce n'est pas évident d'en trouver. Enfin, à l'hôpital, ça n'est pas évident. Enfin moi j'en parle assez facilement parce que je suis stressée sinon. Je peux me réveiller en pleine nuit, donc je préfère en parler plutôt que de rester avec ça toute ma vie. »

Dr Galam : « Finalement à qui on en parle le plus facilement ? »

FG6Int2 : « Aux autres internes. »

Dr Galam : « On inversement, si c'est votre collègue interne qui a fait une erreur et soit il n'a pas vu, soit il ne veut pas en parler. C'est quoi à priori votre position ? On fait comme si on n'avait rien vu, on va lui parler ? »

FG6Int5 : « C'est délicat, mais moi j'en parlerais. »

FG6Int2 : « Il faut en parler mais il faut du tact. En tous cas, moi j'aimerais qu'on m'en parle. Je pense que c'est important, c'est comme ça qu'on apprend. Après il ne faut pas aller le voir pour pointer du doigt son erreur, il faut que ce soit constructif. Parce que, par exemple, pour un patient qui est passé aux urgences et qui est hospitalisé... On voit souvent quand ils sont hospitalisés, pour être passée dans les deux, les erreurs des urgences. Mais on n'est plus dans le même cadre, donc pour nous c'est plus facile, on a tous les éléments en main. »

Dr Galam : « Oui ou quand les urgentistes critiquent les généralistes. »

FG6Int2 : « Voilà. »

FG6Int5 : « Moi je sais que quand j'étais aux urgences, je demandais aux internes, comme on s'entendait bien tous les internes, de me dire s'ils voyaient des trucs que j'avais fait qui ne tenaient pas la route. Parce qu'aux urgences, on voit mais on ne sait pas ce qui se passe derrière donc peut-être qu'on a bien fait d'hospitaliser parce qu'il y avait un critère de gravité mais on ne sait pas si on s'est planté de diagnostic ou quoi. »

Dr Galam : « Donc il y a deux choses. Le fait de voir après c'est-à-dire le biais de rétrospection et puis la position, quand je suis dans une position tranquille, je peux dire.... La difficulté c'est de ne pas être dans le jugement, essayer de comprendre l'autre mais je pense que le service à rendre à l'autre c'est quand même de pointer l'erreur elle-même pour en tirer enseignement. Dire que ce n'est pas grave, qu'on ne s'est rendu compte

de rien et qu'on a le droit d'en tuer tant par an, je veux dire, ça rend pas trop service au fond. Ce que veut la personne et le service à lui rendre, c'est lui dire : il y a une erreur, essayons de comprendre ce qui c'est passé. Je dis souvent que quand on se trompe c'est qu'on a eu de bonnes raisons de se tromper. Il y a eu ça, ça et ça. »

Investigatrice : « Oui, car si on s'est trompé, les autres pourront se tromper eux aussi. »

Dr Galam : « Oui. Qu'est-ce qui pourrait aider ? Parce qu'on n'en souffre pas finalement c'est un peu latent, chacun s'en débrouille et il y a sûrement des dégâts un peu occultes. Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer cette gestion de l'erreur ? A Paris 7 qu'est ce qui vous semblerait intéressant ? »

FG6Int2 : « Des réunions comme ça aujourd'hui. Surtout savoir qu'on peut en parler. Après on peut aussi en parler dans son service. »

Dr Galam : « Voilà, a priori le mieux c'est d'en parler avec ses collègues, avec ses chefs. Et avec les patients, c'est très riche aussi mais c'est plus délicat. »

FG6Int1 : « Il y a un tabou sur l'erreur médicale vis-à-vis des patients. Comme tu disais tout à l'heure, quand tu te retrouves à te faire pourrir par un patient, quand il y en a trois autres à côté qui se disent que tu as fait une erreur... »

FG6Int5 : « Souvent quand on rappelle les patients... après ça dépend du contact qu'on a eu avec lui, mais quand on rappelle pour dire : « Excusez moi il y a un problème sur l'ordonnance » ou « j'ai prescrit ça mais je n'aurais pas dû. » Ils sont généralement très compréhensifs. »

Dr Galam : « On voit que des fois on peut avoir fait une grosse connerie et les patients nous adore. Et des fois on n'a rien fait et ... Il y a une collègue qui avait proposé d'ouvrir un truc de « Vie de merde ». Vous connaissez ? Pour les internes, un genre de blog, ça vous paraît intéressant ? »

FG6Int1 : « Le problème c'est que dans ce genre de blog c'est des histoires brèves, et dans nos histoires il y a tout un contexte à remettre en place. »

Dr Galam : « Vos histoires est-ce que vous auriez pu les mettre sur ce site ou non ? »

FG6Int2 : « Non c'est trop long, c'est carrément une trace. »

Investigatrice : « Je pense que sur les gros problèmes, les choses qui nous ont vraiment pesé, c'est assez compliqué. Après avec les petites plaies du quotidien, les réflexions qu'on a eu ça serait possible. »

Dr Galam : « Alors SOS erreurs médicales, ça serait bien. Il faudrait que tout le monde puisse m'appeler moi pour me dire il faudrait qu'on parle d'un truc. A ce moment là, je n'aurais plus qu'à me suicider. (Rires) Est-ce que s'il y avait des gens disponibles pour vous rencontrer, débriefer ça serait utile ? »

FG6Int1 : « Tout dépend de l'ampleur du truc. »

FG6Int2 : « Ca serait des médecins ? »

Dr Galam : « Ca serait quoi le meilleur profil ? Imaginons. »

FG6Int5 et 2 : « Un médecin, sinon il ne peut pas comprendre. »

Dr Galam : « Il faut un médecin du département quoi. Ou un psychologue par exemple ? »

FG5Int : « Non parce qu'un psychologue pourra nous soutenir mais il ne pourra pas comprendre. »

Dr Galam : « Ce qu'on veut, c'est comprendre pourquoi il y a une erreur. Et ça d'ailleurs ça a été fait dans la thèse d'une étudiante du DMG. L'un des enseignements c'est qu'on a besoin de parler entre internes et deuxièmement on a besoin de comprendre. Donc il faut quelqu'un qui puisse t'aider à comprendre l'erreur quoi. C'est assez délicat, est-ce que vous iriez dire : « Il me faut un rendez-vous pour débriefer ? »

FG6Int2 : « Ca peut être bien mais on va plus chercher dans nos connaissances avec nos amis. »

FG6Int5 : « Mais ça serait plus objectif. »

Investigatrice : « Et est-ce que vous avez des idées pour améliorer la communication autour de l'erreur dans vos services ? »

FG6Int5 : « Moi j'ai toujours pensé quand j'étais externe qu'on manquait de débriefing même psychologique. Franchement, on est confrontés à des patients auxquels on ne comprend rien. La première fois qu'on rencontre un patient dément, on te balance comme ça puis après tu restes là, tu n'as pas le temps de parler avec ton interne ou ton chef qui sont aussi débordés. Mais après quand on est interne, oui, des petites réunions dans le service, une heure pour débriefer de ce qui nous a posé problème. Je trouverais ça bien. »

FG6Int2 : « On ne prend pas le temps, on le fait entre co-internes mais avec les chefs ça pourrait être bien. »

Dr Galam : « Tu vois ça comme un truc régulier ? »

FG6Int5 : « Oui genre une fois par mois. »

Dr Galam : « Et ça serait quoi la différence avec les staffs classiques ? »

FG6Int5 : « Ca serait pour parler vraiment de nos problèmes à nous. Ce n'est pas pour parler des patients. Enfin, on parle d'eux quand même. »

Dr Galam : « On organise tous les mois dans tous les services un debrief de 10 à 12h et viennent ceux qui veulent... Et ça serait organisé par quelqu'un du département ? »

FG6Int2 : « Un par mois c'est difficile à mettre en place... »

Dr Galam : « C'est trop ou pas assez ? »

FG6Int2 : « Oui trop... »

FG6Int1 : « Ce n'est pas assez. »

FG6Int2 : « Ah bon ? »

FG6Int1 : « Il va y avoir tellement de personnes qui vont se pointer à cette réunion qu'ils n'auront que cinq minutes de paroles chacun. »

FG6Int5 : « Il faut aborder tous les sujets, avec les infirmiers, aides-soignants ça fait du monde. »

Dr Galam : « A la demande alors ? Un dispositif qui permettrait de dire j'ai quelque chose à dire et on organise une réunion. »

FG6Int2 : « Ca serait pour le coup difficile pour la personne de dire : « J'ai quelque chose à dire. »

Dr Galam : « Il y a une interne d'une autre fac, qui a fait un travail sur une boîte à erreur. Ils ont mis dans un service d'urgence, une boîte. Les gens venaient mettre de façon anonyme un petit papier, mais ça n'allait pas plus loin. Il n'y a pas d'échange mais ça permet de dire ce qui ne va pas. Parce que quand on a un souci quelconque, on a très envie de gens à qui parler, que ce soit collègue chef, groupe. Mais ça existe les revues de morbi-mortalité, mais c'est assez rare, et on n'a pas toujours envie de parler d'erreur médicale. Du coup si quand elle a lieu, moi tout va bien, je n'ai rien à discuter. »

FG6Int5 : « Dans ce cas, pas forcément sur l'erreur mais sur des problèmes de prise en charge. Pas d'erreur forcément. »

Dr Galam : « L'idée de régulier ou à la demande... je ne vois pas qu'elle est la bonne méthode. »

FG6Int2 : « Si c'est pour lancer, plutôt en régulier. »

Investigatrice : « Et sur demande par la suite ? »

FG6Int2 : « Voir comment ça se passe. Dans un premier temps, il vaut mieux lancer sinon les gens qui ne savent pas ce que c'est ne viendront pas. »

FG6Int5 : « Ensuite, spontanément, ça va désamorcer des petites choses et ça pourra peut-être se faire ensuite à la demande. »

Dr Galam : « Plutôt dans les services qu'un dispositif dans le département de médecine générale ? »

FG6Int2 : « Ce n'est pas mal à la fac, mais on serait trop nombreux, et comme c'est personnel il faut un petit groupe. »

Investigatrice : « C'est préférable en petit comité ? »

FG6Int5 : « Ca invite beaucoup plus à se confier. »

Dr Galam : « Et comme je disais, même sans l'erreur médicale, si j'ai un truc qui me pèse, on l'a un peu évoqué mais il y a des nuits sans sommeil, ou des weekends avec l'angoisse. A ce moment là, c'est là que je voudrais vouloir parler de mon erreur. »

FG6Int2 : « C'est ça qui est difficile après, on ne peut pas faire des réunions de groupe. Si c'est à un moment fixe, s'il faut attendre trois semaines pour en parler. »

Dr Galam : « Ou alors il faudrait dire : « Là j'ai un cas, je voudrais bien lancer. » Il faudrait que ça soit facile à organiser par exemple. »

FG6Int2 : « Réunir des gens au même moment là c'est difficile. »

Dr Galam : « Ca s'organise, s'il y a un référent dans le service, on pourrait lui dire : « J'ai une histoire... » Ca serait un debrief à la demande. »

FG6Int5 : « Ca serait possible de faire ça dans les services, mais dans les services où ça se passe bien, avec le chef de service. »

Dr Galam : « Je vous remercie beaucoup. »

Investigatrice : « Je vous remercie, moi aussi. »

Fin

FOCUS GROUPE 7

Enseignement mutualisé d'Ile De France : « De l'erreur médicale à la sécurité du patient. »

Le 29 janvier 2015, Faculté Bichat, DMG Paris Diderot

Réalisation d'un entretien par focus groupe avec cinq internes de semestres et de facultés différents et moi-même.

Durée du focus groupe : 57 minutes

FG7Int1 : « J'étais au SAMU, et la nuit il n'y a pas d'infirmier. Donc j'étais en premier semestre et on nous avait vite fait formés sur comment préparer les principales drogues et seringues électriques. Mais on n'a eu que deux heures de formation par une infirmière.

Et après on nous lâchait la nuit avec un chef et un ambulancier. Un soir, on va sur une acidocétose, d'un jeune d'une quinzaine d'années. Quatre heures du matin, je n'avais pas dormi. On avait un petit bouquin au début, dans le cadre de notre formation, avec toutes les drogues qu'il y avait dans le camion et comment préparer, comment diluer avec chaque ampoule. Vachement bien fait. Je révise dans le camion. Je commence à me mettre en tête et mon chef me demande de faire dix unités d'insuline en IV. Je regarde soigneusement mon petit carnet. Je vois que normalement dans le sac il y a un truc d'insuline de 1 ml pour 10 UI. Je fais bien mon truc. Et bam je pousse mon bolus. Et ensuite il me demande de préparer la seringue électrique d'insuline pour transporter le patient. Et là je me repose sur le truc, galère. Je regarde mon ampoule et je m'aperçois que ce n'est pas la même ampoule que dans le carnet. C'est 100 UI pour 1 ml donc je venais de faire 100 UI d'insuline à mon patient. En bolus comme ça en IV, dix fois la dose !

J'en parle à mon chef qui était le chef de service, qui était en train de parler avec la famille, qui m'avait laissée faire mais parce que je n'avais pas demandé d'aide. Il y avait l'ambulancier qui... des fois ils sont expérimentés et ils savent plus que nous, mais là c'était un nouveau il ne savait rien. Mon chef me dit : « OK prépare du G30, machin. »

Mais, moi, je ne savais que préparer des seringues donc je ramais. Je ne savais pas. Bref, ils emmènent le patient. On l'emmène aux urgences. J'étais trop mal mais finalement ça a été. Mais il a quand même fait une hypokaliémie. On a dû lui faire du potassium en IV, c'était quand même un peu moyen. Moi j'étais dans ma chambre de garde en train d'essayer d'envoyer des SMS à la nana qui était aux urgences : « Ca va mon patient ? »

Investigatrice : « Finalement, tu avais mal lu sur la seringue ? »

FG7Int1 : « En fait, on a un petit carnet avec l'ampoule théorique qui était censée être dans le camion. Qui n'était pas celle qu'on avait mais moi je n'ai pas vérifié en prenant l'ampoule. »

Investigatrice : « Donc l'ampoule qui était à disposition n'était pas celle qui était décrite dans le carnet ? »

FG7Int1 : « C'est ça. Mais moi je n'ai pas vérifié en regardant ce qui était sur l'ampoule. J'ai regardé juste le carnet »

Investigatrice : « Comment a réagi ton chef ? »

FG7Int1 : « Sur le moment, pas très bien mais calme. Parce que je pense que c'est un chef de service expérimenté quand même. Il n'a pas paniqué mais il nous a quand même fait transporter vite le patient. Je n'étais pas très bien. Je l'ai vu discuter avec le chef des urgences, un peu en mode « Bon elle a fait une erreur etc. » Il a discuté avec l'autre chef, celui du SAMU pour lui dire qu'il y avait une erreur dans le carnet mais je n'en ai pas plus entendu reparler que ça. »

Investigatrice : « Tu ne sais pas si quelque chose a été fait pour rectifier ? »

FG7Int1 : « Je ne sais pas. Je pense qu'ils en ont discuté entre eux après mais de manière confidentielle pour ne pas que ça se sache. C'est à dire que le chef de service a été voir le chef du SAMU pour lui dire ce qu'il s'était passé. Il a aussi parlé au chef des urgences mais assez... d'homme à homme comme ça. Sans m'inclure moi. »

Investigatrice : « Comment tu te sentais ? Tu as pu te confier ? »

FG7Int1 : « J'en ai parlé à l'interne des urgences. On était du même groupe d'interne, et elle était au courant. Elle me rassurait en m'envoyant des textos pour me dire que ça allait. Et j'en ai parlé aux autres internes parce qu'ils étaient dans le même cas que moi, de difficultés avec les soins infirmiers. On a discuté un peu, il y en a d'autres qui avaient fait des erreurs. Une qui avait fait un bolus d'Hypnovel® au lieu d'un bolus de Fentanyl® et qui n'était pas bien, pareil. »

Investigatrice : « Avec le recul, que penses tu de la communication autour de cet événement ? »

FG7Int1 : « On n'en a pas assez parlé et je pense qu'on aurait tous dû faire remonter qu'on était en difficulté sur les nuits au SAMU. Parce qu'on n'avait pas d'infirmier et que pour nous c'était des situations qui nous mettaient en difficulté. Mais, sur le moment, on ne s'en doutait pas parce qu'on se disait : « Bon c'est comme ça que ça marche, c'est que ça doit être comme ça que ça fonctionne et qu'on doit en être capables. » Ce n'était pas nouveau donc on se disait qu'on devait en être capables alors que vraisemblablement il y a eu plusieurs erreurs. Mais c'est vrai qu'on n'a pas fait remonter ça. Et on n'a pas eu de retour là-dessus alors qu'on aurait plus pu en discuter pour éviter que ça ne se reproduise... Ou nous refaire une formation sur la préparation des médicaments. »

Investigatrice : « Merci, tu as d'autres choses à ajouter ? »

FG7Int1 : « Non »

Investigatrice : « Qui d'autre veut raconter son histoire ? »

FG7Int2 : « Moi. Quand on était en pédiatrie, on a eu un enfant de 8 ans qui vient avec sa mère. C'est mon co-interne qui l'a vu. Il venait pour douleur abdominale et vomissements, sans fièvre je crois. Il l'examine. Il a un ventre souple, sensible mais dépressible. Pas de défense. Et il vomissait quand même pas mal. C'était pendant une épidémie de gastro donc il a conclu à une gastro-entérite. Il a quand même demandé à la chef de venir mettre une main sur son ventre. Parce qu'il était sensible. Moi aussi je suis passée et j'ai mis une main sur le ventre et il était sensible mais en épigastrique et pas de défense. Donc on était tous formels : pas de défense. On l'a fait repartir avec les traitements qu'il fallait et avec des consignes de surveillance : surveiller la fièvre, reconsulter si elle persiste dans cinq jours, s'il vomit à nouveau et ne s'arrête pas de vomir, si la douleur est trop intense. De revenir. Ils avaient donné toutes les consignes pour reconsulter. Ça ne s'améliorait pas donc la mère a reconsulté aux urgences d'un autre hôpital et il avait une appendicite. Mais c'était une forme atypique, elle était sous hépatique. C'est pour ça que la douleur était épigastrique et que la douleur était atypique. Donc je ne sais pas ce qu'ils ont dit dans l'autre hôpital mais la mère a été révoltée contre nous. Elle a porté plainte contre l'hôpital. Alors qu'en fait, quand on voit le dossier, et j'ai vu le ventre de l'enfant, on ne pouvait vraiment pas deviner que c'était une appendicite et toutes les consignes devant faire reconsulter ont été données. Donc ils avaient tout bien fait.

Mais la mère a quand même, je ne sais pas, porté plainte contre l'hôpital. Donc c'est arrivé au niveau du chef de service et je ne sais pas pourquoi le chef de service a fait barrage. La mère voulait organiser une rencontre avec les médecins pour, dans son courrier elle disait : « Pour un peu nous apprendre le métier et pour qu'on ne reproduise pas l'erreur. » Je pense qu'elle n'avait pas les connaissances médicales pour dire que c'était une forme atypique et qu'on ne pouvait pas faire le diagnostic comme ça. Tous ceux qui ont vu l'enfant ont reçu la lettre et le chef de service a fait barrage et a refusé qu'il y ait une réunion. Alors que ça aurait été intéressant parce qu'on aurait pu lui expliquer, lui sortir si elle voulait des articles ou des cas, pour expliquer que quand la localisation de l'appendicite est atypique c'est difficile de faire le diagnostic. Mais il a refusé la réunion. Ils se sont arrangés entre eux. Je n'ai jamais eu de suite. Je sais que l'interne qui l'avait vécu n'était pas très bien suite à ça. Et le pire de tout c'était la chef qui avait vécu l'histoire qui était vraiment très mal suite à ça. C'était ses premiers jours dans l'hôpital, elle est partie depuis mais ça plus la plainte... Je crois qu'il y a eu le conseil de l'Ordre aussi qui est intervenu. C'est allé un peu loin alors que c'est vraiment une localisation atypique, c'est écrit sur le compte-rendu du scanner. Ils n'ont rien pu faire. »

Investigatrice : « Et l'enfant ? Vous savez comment ça allait ? »

FG7Int2 : « Il était en péritonite après. Donc il a été opéré en urgence. Mais pour lui pas de conséquence quoi. »

Investigatrice : « Vous avez pu parler avec le chef de service ? »

FG7Int2 : « Pas du tout, c'était un chef de service absent. Qui ne s'occupait pas du tout de nous. On ne l'a jamais vu du stage et le dernier jour quand j'y suis allée il m'a appelée X. Ce qui n'est pas mon prénom. (Rires) C'est lui qui a fait notre évaluation de stage donc je me dis que quand même... c'est chaud. Et par contre on a beaucoup parlé avec la chef. L'autre interne pas trop parce qu'on ne s'entendait pas très bien entre nous, on avait des rapports assez limités mais avec la chef j'en ai beaucoup parlé. Même l'interne en avait parlé à tous en nous disant qu'il n'était pas très bien. Mais la chef, elle, était effondrée. Elle s'est dit : « Je suis passée à côté d'une appendicite, il a quand même fait la péritonite. » Je pense qu'elle a bien fait son travail, elle a donné les consignes, la mère était cortiquée. En plus la mère, pendant qu'on l'examinait nous disait : « Oh vous savez c'est une chochotte. » en parlant de son enfant. Donc pour nous c'était un peu biaisé. On se disait : « Bon, elle le connaît bien, elle le pratique depuis huit ans... (Rires) Si elle dit que c'est une chochotte, bon... »

Mais je pense qu'il y avait quand même quelque chose parce que je me rappelle de la tête de l'enfant, et quand on se souvient du patient, qu'il nous reste après, que l'histoire ressort et qu'on se rappelle de la tête de l'enfant, c'est qu'il y avait un truc. »

Investigatrice : « Mais vous ne saviez pas quoi... quel truc »

FG7Int2 : « Oui voilà. Il y avait un truc qui n'allait pas mais cliniquement on n'avait aucun argument pour dire qu'on faisait une échographie. Si on avait demandé une échographie, le radiologue aurait dit non de toute façon. »

FG7Int1 : « De toute façon il ne l'aurait pas vu à l'échographie parce que quand c'est sous hépatique, tu ne vois pas à l'échographie. Il serait ressorti encore pire avec une échographie... »

FG7Int2 : « Donc NFS CRP... La CRP même quand tu as une infection virale elle est augmentée... Donc on ne se serait pas arrêté à ça, ce n'était pas la fosse iliaque droite typique... Il était apyrétique. Là dessus pas de chance. Mais la mère, je ne comprends pas... Enfin je ne sais pas ce qu'ils lui ont dit dans l'autre hôpital mais... »

Investigatrice : « Vous n'avez pas été en contact du tout avec l'équipe de l'autre hôpital ? »

FG7Int2 : « Non. »

Investigatrice : « Ils ne vous ont pas appelés ? »

FG7Int2 : « Non. »

FG7Int1 : « Peut être entre chefs, parce que souvent ils s'appellent entre chefs. Les internes ne s'appellent pas trop entre eux. Déjà ils ont dû demander le compte-rendu d'avant, quelque chose... Mais ça nous les internes on ne le sait pas. »

FG7Int2 : « Mais quand j'y repense... Moi j'ai croisé énormément d'erreurs médicales, il y en a tellement. En fait, chaque truc peut être une erreur, ça dépend de l'interprétation... Ça ne se joue à rien. »

Investigatrice : « Et dans cette histoire qu'est-ce que tu as pensé de l'attitude de chacun ? »

FG7Int2 : « Je me suis dit que les consignes pour faire reconsulter c'est hyper important. Il faut les faire comprendre aux parents, il faut en fait les écrire c'est médico-légal. Sinon quand on nous attaque on n'a plus rien pour dire : « On vous l'a dit. » Mais dans l'hôpital où j'étais c'était très bien parce qu'on avait des consignes imprimées. On donnait aux parents la feuille en les disant. Après là ce n'était pas de chance. Je trouve qu'il y a beaucoup d'erreurs et des fois les erreurs c'est une combinaison de tellement d'erreurs qu'en fait on ne peut rien faire. »

Investigatrice : « Tu parles de la chef qui a été assez traumatisée, est-ce que toi ça t'a laissé quelque chose ? »

FG7Int2 : « Ah oui, je me suis dit qu'il fallait faire attention. Maintenant quand je vois un ventre je fais plus attention. Mais après c'est compliqué. Il y a tellement de paramètres qui rentrent en jeu. Le paramètre du patient, le paramètre de quand on est débordé et qu'on met une main sur un ventre... Oui ce n'est pas des erreurs de connaissances, c'est multifactoriel. On ne peut pas... Sur cette erreur là, il n'y avait pas grand chose à faire. »

Investigatrice : « Et pour la façon dont vous en avez parlé au sein de l'équipe ? »

FG7Int2 : « Ah bah je trouve dommage la réaction du chef de service. De toute façon il était absent. C'était un chef de service, dans un service où il y avait les urgences pédiatriques et la néonatalogie, et en fait lui il ne s'occupait que de la néonatalogie. Il ne s'occupait pas du tout des urgences pédiatriques. De toute façon, tout avait été rénové dans l'hôpital sauf les urgences pédiatriques (Rires). On avait trois box, deux box normaux et un box de déchocage. Quand il y avait trop de monde, on voyait les gens dans le box de déchocage, donc il n'y avait plus de déchocage quand il y avait un gros problème. Il y avait un gros problème d'organisation. »

FG7Int1 : « Je pense qu'il y a encore pas mal de gens, dans la hiérarchie ou dans les chefs de services qui réagissent encore dans l'omerta. Il ne faut pas que ça s'ébruite, que ça se sache. Moi c'est comme ça que j'ai vu mon chef de service, c'est-à-dire qu'il ne m'en a jamais reparlé à moi. Alors que je m'attendais à être convoquée, qu'on reparle de tout ça. Alors qu'il a fait le truc dans son coin, il a parlé mais c'était presque en chuchotant. Là c'est pareil c'est l'impasse totale, presque : « Il ne s'est rien passé, il ne faut pas en parler. »

FG7Int2 : « Ce stage là, j'ai vu plein d'erreurs. Il y a un remplissage qui a été fait au B26. L'enfant... quand ils ont contrôlé sa natrémie, elle était dans les chaussettes. Et en fait c'est parce que l'interne qui était là, n'avait pas assisté au cours, parce que les cours n'étaient pas obligatoires donc en fait elle ne savait pas faire un remplissage. Et la chef était une des chefs qui nous interdisaient d'aller en cours parce que ça l'obligeait à travailler plus parce qu'elle se retrouvait toute seule quand on était en cours. Et elle avait son enfant à aller chercher donc elle a laissé l'interne toute seule. Et l'interne s'est retrouvée toute seule à faire son remplissage au B26. Et l'enfant il a failli mourir quoi. »

Investigatrice : « Il n'y a pas eu de communication autour de ça ? »

FG7Int2 : « Non tout le monde en parlait, derrière. Elle a été convoquée dans le bureau d'un chef pour en parler mais on n'a jamais été tous réunis pour en parler. Enfin il y a un moment où il y a un souci ! Faut aller en cours et il ne faut pas laisser l'interne tout seul quoi ! »

FG7Int1 : « Quand je regardais le film Hippocrate, je me suis dit non c'est exagéré, ils cachent vachement le truc. En fait quand tu réfléchis à des cas, ce n'est pas si exagéré que ça de cacher complètement le truc. Moi on m'a dit : « Non mais tu dis que tu as fait ça. » J'ai fait un toucher vaginal à un moment à une femme qui avait un placenta un peu bas et qui était à un terme précoce. Mais l'interne de spécialité me dit : « Non mais tu ne mets pas dans l'observation que tu lui as fait un TV. » Genre en chuchotant. »

Investigatrice : « Sans te dire pourquoi tu n'aurais pas dû faire ce TV ? »

FG7Int1 : « Non, elle m'a dit pourquoi mais moi je n'ai pas vraiment compris. Parce que pour moi le TV pendant le premier trimestre, on s'en fout. »

FG7Int2 : « Oui on s'en fout. »

FG7Int1 : « Oui et puis les chefs m'ont dit que le TV c'était bon. Mais moi je n'étais pas bien du tout, je me disais que je venais de mentir. La patiente elle n'est pas bête elle sait que je lui ai fait un TV ! »

FG7Int3 : « Moi j'ai eu la même histoire. J'ai eu un jeune homme qui vient pour une douleur abdominale. Je le vois, mon chef le voit, on le fait sortir parce qu'on trouvait... Enfin, c'est aussi ça un peu notre politique, c'est que pour garder des gens, il faut aussi qu'on ait quelque chose de grave. Et là on n'avait pas de signe de gravité et on lui a dit que si ça n'allait pas il fallait reconsulter et le patient avait une appendicite retro caecale. »

FG7Int2 : « C'est encore une localisation atypique. »

FG7Int3 : « J'ai un des chefs qui m'a envoyé un texto en me disant : « Le patient que tu as vu il y a trois jours c'était une appendicite retro caecale. » Ce chef était de garde. »

Investigatrice : « Tu étais chez toi ? »

FG7Int3 : « Oui chez moi. »

FG7Int1 : « Sympa le texto ! »

Investigatrice : « Qu'as-tu pensé de sa façon de faire ? »

FG7Int3 : « Je ne sais pas. Moi ça ne m'as pas choquée tant que ça. Je pense que ça choque pas mal de monde mais ... »

FG7Int2 : « Oui mais bon, un texto... Je me dis qu'il aurait pu appeler quoi. »

FG7Int3 : « Ouais... Mais j'en ai reparlé au chef avec qui j'étais. Mais c'est marrant parce que je crois que c'est très bizarre mais je ne me souviens pas tant que ça des erreurs. Alors je sais que j'en ai fait et que j'en ai vu des tonnes, mais je ne m'en souviens pas trop. »

Investigatrice : « Mais dans le cas de ce patient, comment tu as réagi à son texto ? »

FG7Int3 : « Je n'ai pas spécialement bien ou mal réagi... »

Investigatrice : « Qu'est ce que tu as pensé tout simplement ? »

FG7Int3 : « Bah c'est juste que dans ces moment là, on se sent nulle quoi ! En plus je fais le DESC d'urgence. On est dans un service d'urgences, ce n'est pas comme quand on est en premier semestre, c'est-à-dire que nous ils nous laissent pas le droit à l'erreur. »

FG7Int1 : « Tu as pris ça comme un reproche ? Ou juste comme une information ? »

FG7Int2 : « Oui moi quand elle me l'a raconté ça m'a choquée aussi. Parce qu'il aurait pu t'appeler. »

FG7Int3 : « Moi je l'ai plus pris comme ça, pour m'informer. Je ne l'ai pas pris pour un reproche, c'était plus pour moi je me suis dit : « Merde... »

Investigatrice : « Vous en avez reparlé après ? »

FG7Int3 : « Non, enfin moi j'en ai reparlé à mon chef. Je lui ai dit : « Ah tu sais le patient qu'on a vu c'était une appendicite retro-caecale. Il est revenu. » Le chef m'a dit : « Ohlala détends toi. Je l'ai revu avec toi, il n'y a pas de soucis. » Mais c'est difficile quand on commence un stage et qu'on passe à côté d'un diagnostic qui n'était peut être pas évident, mais pas si difficile non plus et que... Voilà, on ne sait même pas faire un diagnostic d'appendicite. »

FG7Int4 : « Mais non... Mais c'est un des plus durs l'appendicite. »

FG7Int3 : « Oui mais bon c'est gênant, c'est assez gênant vis-à-vis de l'équipe. »

Investigatrice : « Ça a changé quelque chose dans ta façon de faire ? »

FG7Int3 : « Honnêtement, c'est un peu bizarre mais pas tant que ça parce que ce monsieur je suis passée à côté. Pas parce que je ne l'avais pas examiné comme il faut mais c'est vraiment parce que à ce moment là il n'y avait pas de signe en faveur de. Et on lui avait donné les consignes devant faire reconsulter. Et puis il était cortiqué. Il a reconsulté et tout mais bon. C'était plus culpabilisant vis-à-vis des gens, de soi... de se dire j'ai raté. »

Investigatrice : « T u avais l'impression d'avoir un regard négatif de tes collègues ? »

FG7Int3 : « Je ne sais pas. Je ne sais pas si c'était forcément le jugement qui m'a... Je ne sais pas s'il y avait un jugement dans ce texto, je ne pense pas, pas forcément. Enfin pour la personne qui m'a envoyé le texto, il n'y avait peut-être pas de jugement. Après quand c'est raconté c'est possible que les gens qui n'étaient pas dans la situation jugent en disant que c'était évident, où comment ça se fait qu'elle n'a pas trouvé. »

FG7Int1 : « Je pense que par texto... Toi tu connaissais peut-être le chef qui t'a envoyé le texto mais recevoir un texto... Tu ne sais pas quel est le ton derrière, tu reçois ça chez toi... »

Investigatrice : « Et le fait de recevoir ce texto, seule chez toi sans pouvoir en discuter, ça n'a pas été difficile ? »

FG7Int2 : « Oui quand tu m'as raconté, je me suis dit c'est vrai que dans le texto il n'y a que le diagnostic mais quel est le ton ? »

FG7Int1 : « Il n'y avait pas de smiley ? » (Rires)

FG7Int2 : « Avec un petit clin d'œil. »

FG7Int3 : « Non, non mais c'était un texto court. Genre Monsieur Machin est revenu, il a une appendicite. Deux lignes. »

Investigatrice : « Tu ne sais pas pourquoi ce chef a voulu te le dire le jour même par texto et qu'il n'a pas attendu de te voir le lendemain ? »

FG7Int3 : « Bah je me demande si ça ne se fait pas mal dans notre service, je crois que c'est un truc assez fréquent. »

FG7Int2 : « Par contre on a eu une collègue qui a eu un souci. Là par contre c'était abusé la façon dont ils l'ont fait. C'était un SDF qui est venu alcoolisé, il était sur un brancard. Il a fait la crise convulsive sur sevrage. Elle l'examine, de la tête aux pieds. Elle lui met les médicaments qu'il faut, elle le surveille pendant trois heures, je crois. Au bout de trois heures, elle le réexamine, il a un examen neurologique qui est normal. Il marche, il a récupéré. Il ressort et il décède deux jours plus tard. Et un chef la convoque en lui disant : « Ton patient est décédé, j'ai relu ton dossier, c'est de la merde. Ce que tu as écrit c'est n'importe quoi. Ton examen neurologique : tu as écrit examen neurologique sommaire normal, ça veut dire quoi ? » Elle lui a répondu : « Il ne parle pas français, je ne vais pas écrire que l'examen est strictement normal alors que je ne peux même pas l'interroger. »

Il l'a complètement descendue alors qu'il ne savait même pas de quoi il était mort. On l'a juste appelé en disant : « Il est mort. » On ne sait même pas de quoi le mec est mort. Donc elle, elle a commencé à angoisser. Elle nous a raconté, on en a reparlé ensemble. Et on lui disait, ce n'est pas possible on ne sait même pas de quoi il est mort, on parle de quelque chose, on ne sait même pas de quoi on parle. Et en fait il a fait un infarctus. Et donc le chef est revenu la voir et lui a dit : « En fait il est mort d'un infarct. » Elle a dit : « Mais comment je pouvais lui faire une tropo, pour une crise convulsive sur sevrage avec une évolution favorable ? »

Investigatrice : « Il lui reprochait encore ? »

FG7Int2 : « Non là du coup il s'était calmé. »

FG7Int1 : « D'ailleurs quand ils parlaient de la médecine défensive en cours... Nous, pour nos dossiers, on a pas mal de chefs qui nous disent : « Mets ça, mets ça. Il faut te couvrir. » C'est une notion qu'on n'a pas forcément. On doit faire face. Parce que c'est les urgences. Les gens quand on les voit, ils ne sont souvent déjà pas contents parce qu'ils ont attendu longtemps. Donc si on les fait sortir et qu'ils veulent un type d'examen et qu'on ne le fait pas, ils sont encore moins contents. Et il y en a plein qui nous menacent de poursuites, dès que la prise en charge ne leur convient pas directement. »

FG7Int2 : « C'est vrai que quand on écrit un dossier, on écrit tous les signes négatifs. Pas de... pas de... »

Investigatrice : « D'ailleurs dans cette dernière histoire, votre chef est venu reprocher le contenu du dossier à votre collègue mais n'a pas parlé de sa prise en charge, de la façon dont elle a senti le patient... ? »

FG7Int2 : « Non, en fait il lui en voulait parce qu'elle a mal rempli le dossier. Il lui a dit : « Là le SDF il a une famille, elle t'attaque, tu es en prison. Avec ce que tu as écrit tu vas en prison. »

FG7Int1 : « C'est toujours des menaces, c'est fort ça. Parce que la prison... »

FG7Int4 : « Nous on n'est pas formés pour ça. »

FG7Int1 : « Comme on n'y connaît rien en droit, on ne sait même pas si on aurait une interdiction d'exercer pendant un mois, une semaine, dix ans... Ou alors même pas le droit de passer une thèse. »

FG7Int2 : « Non je ne pense pas. »

FG7Int4 : « En tant qu'interne tu ne risques rien. »

FG7Int2 : « Oui c'est seniorisé. »

FG7Int4 : « Il faudrait apprendre ce qu'il faut écrire dans une observation. Quand on apprend en P2 l'observation, à aucun moment ils nous disent, mettez tout, notez tout. C'est aux urgences qu'on nous dit ça sur le tas. Et ça c'est dommage, ce n'est pas une fois que l'erreur est faite qu'il faut nous dire : « Ah tu aurais dû écrire ça. »

FG7Int1 : « Et puis, de temps en temps, il y a des trucs que tu as cherché mais que tu n'as pas forcément écrit parce que tu vois d'autres patients en même temps, parce qu'il y a du monde et que tu ne prends pas forcément un temps fou pour faire une observation. »

FG7Int3 : « Même quand ce n'est pas dans l'observation, il y a toujours des trucs quand tu arrives dans un stage qui sont nouveaux, des trucs médico-légaux. Typiquement, moi une fois j'ai envoyé un prélèvement en anatomopathologie et je ne savais pas qu'il fallait faire signer un consentement. »

FG7Int1 : « Oui c'est comme les certificats médicaux initiaux, je n'ai jamais appris à remplir ces trucs là. Donc je fais comme je peux. »

Investigatrice : « Vous avez vous aussi des histoires à nous raconter ? »

FG7Int4 : « Moi c'était en pédiatrie, je reprenais la semaine d'hospitalisation le lundi. J'étais aux urgences la semaine d'avant. Le weekend je n'étais pas de garde. Il y a un petit qui a été vu par ma collègue le samedi soir, une petite fille de sept mois qui ne marche pas. Elle a été amenée par ses parents d'origine nord-africaine, qui ne parlent pas bien français. La petite était tombée sur la tête. Il y a eu un scanner cérébral de fait, fracture du crâne. Sauf qu'elle ne marche pas à sept mois, et puis de toute façon fracture du crâne à quatre heures du matin, ma collègue ne s'est pas posé la question, elle l'a hospitalisée pour surveillance, etc.

Le weekend se passe, la petite a été surveillée en hospitalisation. Tout se passait bien mais il y a eu plusieurs erreurs de la part de la mère. C'est-à-dire qu'elle a laissé les barreaux ouverts, il y a eu plusieurs signes qui orientaient vers une possible maltraitance. Ils ne s'exprimaient pas bien les parents, donc ils étaient incapables d'expliquer ce qui s'était passé, personne n'avait rien vu, personne n'avait entendu. C'était très étrange, et avec la barrière de la langue il n'y avait pas d'explication possible. Le lundi matin, je dois m'occuper de toute la salle en plus de la petite. Le médecin du dimanche, fait les transmissions. Il explique ce qui s'était dit de la veille, mais ce n'est pas lui qui les avait vus. Il raconte d'une certaine manière, et d'une manière qui oriente vers la maltraitance quoi. Plus vers ce côté-là. Donc le lundi matin, le chef de salle dit : « Bah c'est bon on fait un signalement, hop hop hop, j'appelle le juge. C'est bon. » C'était évident pour lui, fracture du crâne... Lui il est parti dans son bureau, il a fait le signalement. Il m'a dit : « Toi tu vas parler à la famille. » Je ne les connaissais pas, je ne les avais jamais vus. J'arrive dans la chambre, je leur dit qu'il y a un signalement qui est fait, mais je leur dit : « Ne vous inquiétez pas, c'est juste une enquête de routine, si vous n'avez rien fait vous récupérerez votre fille après le temps de la surveillance à l'hôpital, des examens biologiques. ». Et le tralala. Ca c'était à neuf heures du matin.

A onze heures, le père arrive et défonce ma porte. Moi j'étais dans le bureau des internes. Il me dit : « Vous êtes une pute, vous ne m'avez rien dit. Ma fille, ils vont me prendre ma fille. »

En fait il y avait un placement provisoire qui était fait. Directement. Alors que mon chef, c'est lui qui avait fait la lettre au juge sans avoir interrogé les parents, ils ne les avaient jamais vus. Moi j'étais trop mal. J'y suis retournée avec un autre chef, qui lui ne les connaissaient pas non plus. Mais l'autre était parti chercher son gosse à la crèche. On s'est posés et on a discuté avec eux pendant plus de deux heures. Moi j'étais à deux doigts de pleurer parce que je me faisais insultée de tous les noms. J'avais été rassurante le matin, et là d'un coup, il n'a plus la garde de sa fille. Il était à deux doigts de frapper tout le monde. Heureusement que mon chef parlait un peu arabe, il a essayé de communiquer un peu plus que moi. On a un peu apaisé les choses, on a dit qu'on allait tout faire, dire la vérité. Que l'enquête allait se dérouler et que ça allait aller.

Le chef qui avait écrit au juge est revenu le lendemain. Il a été convoqué par la chef de service, qui m'a aussi convoquée. Elle me dit : « C'est de sa faute à lui, il n'aurait jamais dû écrire la lettre sans voir les parents d'abord. » Elle m'a dit que c'était à lui d'annoncer aux parents, déjà. Pas à moi. Que ce n'est jamais à une interne d'annoncer des trucs comme ça ou en tous cas, avec lui, mais pas toute seule.

Moi je n'ai pas dormi de la nuit. Enfin, je me sentais une sous-merde. Je me disais : « J'ai ruiné leur famille, ils ne vont jamais récupérer leur fille. » C'était assez horrible. J'ai mis deux semaines à m'en remettre et à la fin de la semaine ils ont récupéré leur fille. De toute façon elle est restée toute la semaine à l'hôpital donc eux ils ont dormi à l'hôpital. »

Investigatrice : « Pendant l'entretien avec ta chef de service et le chef en question, tu as échangé avec ce chef ? »

FG7Int4 : « Lui il s'est caché toute la semaine en fait. Donc je n'en ai jamais reparlé avec lui. »

FG7Int2 : « C'est hyper difficile d'aller voir le chef en lui disant... »

FG7Int4 : « Il n'a pas du tout assumé en fait. »

Investigatrice : « Même pendant l'entretien, il n'y a pas eu de discussion ? »

FG7Int4 : « Non, lui je le revoyais dans le service. Mais moi je n'ai pas osé lui dire : « Ca ne se fait pas, tu n'aurais pas dû m'envoyer ». Lui quand il m'a dit : « Vas les voir », je ne savais pas que ce n'était pas ça la règle, je n'avais jamais fait d'ordonnance de placement. »

Investigatrice : « Quand la chef de service lui a dit que ça n'aurait pas dû se passer comme ça, en ta présence, ça n'a pas permis de discussion ? »

FG7Int4 : « Je n'étais pas là, les entretiens étaient faits en séparé. Donc je le recroisais mais on n'a jamais parlé. »

Investigatrice : « Tu parles de ton ressenti, que tu n'as pas été bien, est-ce que ça tu as pu en parler ? »

FG7Int4 : « Le médecin qui est venu avec moi voir la famille l'après midi pour essayer d'arranger les choses, lui toute la semaine, il est venu me voir me demander : « Ca va ? Ca va ? » Lui non plus il n'avait pas dormi de la semaine. Donc c'était lourd de se dire que la petite allait finir dans une famille en foyer. Au final ils ont été acquittés, ils ont rien eu. C'était le petit frère qui l'avait poussée sur la table. C'était un accident ! »

FG7Int2 : « C'est déjà vachement bien que tu ais un chef qui t'ait soutenue ! Parce que moi dans mes années d'internat ou d'externat, je me souviens très rarement que n'importe qui du service, à part un co-interne ne me demande si ça va. Ca n'arrive pas. Ils ne font pas quoi. Tu es censé aller bien, tu es censé voir tout un tas de trucs trash et aller super bien ! En ce moment, je fais des IVG, des aspirations, des expulsions de fausses couches. Personne ne me demande si ça va, c'est normal quoi. »

FG7Int4 : « C'est parce que tu es en gynéco, c'est un milieu froid... »

FG7Int2 : « Oui mais tout est comme ça je trouve ! »

FG7Int4 : « Mais tu es censé être froid aussi ! »

FG7Int2 : « Oui mais le SAMU aussi c'est comme ça. Moi au SAMU on ne m'a jamais demandé : « Ca va ? »

Investigatrice : « Toi, dans ce service, est-ce que tu sais s'il y a eu des discussions ou des mesures prises pour éviter que cela ne se reproduise ? »

FG7Int4 : « Oui, la chef de service a redit à tout le monde que c'était hors de question qu'une annonce soit faite par une interne etc. Sans la présence au moins d'un senior. Mais ce chef qui a fait la lettre, il y avait plusieurs trucs contre lui déjà. Il est parti du service. »

Investigatrice : « Suite à cela ? »

FG7Int4 : « Pas à cause de ça mais une accumulation... Il était près de la retraite, il en avait marre, il bâclait trop... Voilà. »

Investigatrice : « Merci beaucoup. A toi, oui, on t'écoute. »

FG7Int5 : « C'est une patiente qui était adressée par son rhumatologue, qui l'adressait en hôpital de jour. Mais comme c'était les vacances, l'hôpital de jour était fermé donc elle a été installée en hospitalisation. C'était pour une injection intra-thécale de corticoïdes. En fait, on a tout prescrit, on a mis que c'était intra-thécale dans la prescription qui était informatisée. Et puis le lendemain matin, l'infirmière l'a injecté en intraveineux... C'était une nouvelle infirmière, elle n'a pas vu... En fait c'est aussi un problème informatique. Il faut mettre la souris sur la prescription pour voir qu'il y a écrit « intra-thécale ».

Donc au début, on n'a rien dit à la patiente. Tous les chefs disaient : « Non on ne dit rien à la patiente, on la surveille juste. » Mais elle a vu qu'il se passait quelque chose, elle a demandé. On a attendu que sa rhumatologue vienne avec un autre rhumatologue. Ils l'ont prise à part et lui ont expliqué qu'on allait la surveiller vingt-quatre heures. Alors qu'au départ c'était en ambulatoire. Donc elle est restée deux jours en tout pour la surveillance.

Après niveau personnel, nous il y a la cadre qui a pris toute l'équipe (internes, médecins, infirmières) après avoir pris l'infirmière toute seule. Tout le monde s'est couvert, il n'y a rien eu à côté. Après je ne sais pas si elle

a porté plainte mais je sais qu'à la fin elle avait dit qu'elle voulait porter plainte. Elle a dit qu'elle ne voulait plus jamais revenir dans cet hôpital. »

Investigatrice : « Quand tu dis « Tout le monde s'est couvert » qu'est ce que ça signifie ? »

FG7Int5 : « La cadre a couvert l'infirmière. Pendant la réunion on disait que rien ne devait fuir. Le chef de service a écrit un mot comme quoi il n'y avait pas d'impact sur la patiente, qu'elle n'avait eu aucune complication. On l'a surveillée. On a appelé le pharmacien pour la pharmacovigilance et compagnie. En fait ils ont tout géré comme ça. »

Investigatrice : « Par contre la patiente, vous lui avez dit ce qu'il s'était passé au final ? »

FG7Int5 : « On lui a dit, on lui a expliqué. Mais dans cet hôpital là, il y a eu plusieurs histoires comme ça. Mais il y a toujours quelqu'un qui a couvert quelqu'un. Il y a une fois une patiente... Ca nous a un peu choqués mes co-internes et moi. Il y a une dame qui est décédée dans notre service pendant une garde parce que l'interne de garde ne s'est pas déplacé. Il a écrit un mot comme quoi elle saturait à 100%. Par téléphone il a dit de mettre du sérum physiologique, alors qu'elle était en OAP ! Elle est décédée. Et tout ne va pas en fait, l'interne a mis un mot à 23 heures avec écrit « appel à 23 heures » alors qu'il a été appelé à 20h30. Et c'était un truc horrible. Le stage a vraiment été... »

Investigatrice : « Mais finalement, vous l'avez su tout ça ? Parce que lorsqu'on trompe, ou que l'on modifie les dossiers c'est dans le but que ça ne se sache pas... Mais là vous le saviez tous apparemment... ? »

FG7Int5 : « Le chef de service était parti en vacances en fait, donc on lui en a parlé à son retour. Il a tout repris. Il a bien dit que ce n'était pas de la faute de l'infirmier de notre service, qu'il avait tout bien noté. C'était un infirmier, un ancien. Il a bien noté « 20h30 appel de l'interne, faire ECG, mettre NACL etc. Il a tout marqué. » Et le seul mot marqué sur le logiciel c'est : « Interne de garde 23h, patiente décédée, appel senior. » Il a juste écrit ça et il a écrit saturation 100%. C'est un peu bizarre »

Investigatrice : « Dans quel but ? »

FG7Int5 : « Pour faire croire qu'il était venu...Mais il n'est jamais venu. Mais quand ils ont appelé pour la masser, c'est l'infirmier qui est venu chercher l'interne dans le service des urgences pour la masser. Il n'était pas là non plus. C'était un peu tendu. »

Investigatrice : « Et tu sais ce qui a été entrepris après ? »

FG7Int5 : « La famille a porté plainte. C'est pour ça qu'on a revu tout le dossier. Ce qu'avait marqué l'infirmier... C'était sur une feuille de transmissions, le chef de service l'a remis sur le logiciel. »

FG7Int2 : « C'est horrible comme message je trouve, pour vous qui êtes des internes en formation. »

Investigatrice : « Est-ce que quelqu'un est allé parler avec cet interne ? »

FG7Int5 : « Il a été pris en entretien, mais cet interne c'était un fils de ... On va dire. Donc il a été très très protégé depuis le début du stage. Il avait fait plusieurs erreurs durant son stage et à chaque fois... »

FG7Int2 : « En fait, c'est Hippocrate en vrai quoi ! »

FG7Int5 : « D'ailleurs on a vu Hippocrate juste après. C'était un peu horrible ! Et cet interne a été très très protégé. Et il y a même eu certaines gardes après où le chef ne le laissait pas voir les patients. L'interne allait dormir du coup et le chef faisait sa garde seul. »

FG7Int3 : « Oui il y a deux choses là. Il y a un problème d'interne, mais il y a aussi un problème de chef ! Parce que quand tu montes dans un étage, personne ne reprend tes dossiers. Tes patients peuvent crever aux urgences tout le monde s'en fout ! »

FG7Int5 : « Bah nous quand on est interne, on est tout seul en fait, alors que lui il est payé et il dort ! »

Investigatrice : « Mais pourquoi les chefs agissaient comme ça avec cet interne finalement, pour éviter qu'il fasse des erreurs ? »

FG7Int5 : « Oui pour qu'il ne fasse pas de connerie. Parce que pendant une garde ils ne peuvent pas être derrière lui tout le temps. Il y a eu aussi une jeune fille super douloureuse aux urgences, il l'a faite partir en disant qu'elle

était psy. Il lui a clairement dit qu'elle était folle, et il lui a dit de partir. Elle, elle est restée en salle d'attente hyper douloureuse, finalement une infirmière a appelé le chef et elle était en occlusion. »

FG7Int3 : « Nous on en a eu deux qui ont été interdits de garde ! Il y en a un qui avait contentonné un patient qui était en crise d'épilepsie, qui a vomit, qui s'est noyé dans son vomi. Il avait dit : « Oh il bouge trop, attachez le. » Bah oui mais il bouge parce qu'il convulse en fait ! Et du coup les infirmiers l'ont attaché. Et l'autre il avait laissé sortir un patient avec une insuffisance rénale aigue avec une créatinine à 500. Il avait dit : « Allez voir votre médecin traitant demain. » Avec une kaliémie à je ne sais plus combien. »

Investigatrice : « Est-ce qu'il y avait des retours là-dessus ? »

FG7Int3 : « Oui ils ont été interdits de garde. Et convoqués. »

Investigatrice : « Oui mais au final, vous pensez que le problème est résolu comme ça ? »

FG7Int4 : « C'est très très compliqué de faire virer un interne. »

FG7Int2 : « Mais si tu fais ça... Enfin je pense qu'il n'est pas véritablement sadique celui qui a fait attacher le patient, ou sinon dans ce cas, c'est un vrai problème psy. Mais en fait il ne sait pas faire quoi. »

FG7Int3 : « Non, il s'en foutait. Il ne voulait pas faire de garde aux urgences. »

FG7Int4 : « Oui mais ce n'est pas juste l'interdire de garde qu'il faut faire. Il faut qu'il soit exclu, et qu'il n'ait plus de patient en charge. »

FG7Int2 : « Tu vois je ne suis pas d'accord. Peut-être que j'ai fait plein d'erreurs mais que je ne le sais pas et les erreurs souvent ne sont pas intentionnelles, c'est rare. »

FG7Int4 : « Oui mais il y a erreur et erreur. »

FG7Int2 : « Oui mais ça veut dire que tu ne savais pas. »

FG7Int4 : « Oui mais là, eux, ils sont en sixième semestre apparemment ! »

FG7Int2 : « Ah oui ? »

FG7Int3 : « Oui cinquième ou sixième. »

FG7Int4 : « Oui cinquième semestre et tu ne sais pas ça ! Ce n'est pas possible ! »

FG7Int3 : « Oui mais il y en a, c'est comme ça, ils s'en foutent. Ils ne veulent pas faire de garde, ils vont se coucher. Il y en a une, elle s'est couchée dans un box ! Elle me dit : « Je vais voir un patient. » et elle était partie se coucher dans un box ! Moi je me suis retrouvée toute seule ! »

FG7Int2 : « Ah oui ! Toi t'es la reine pour les attirer ! »

FG7Int3 : « Ah mais moi, je me les attrape tous ! »

FG7Int5 : « Oui c'est comme dans le cas de l'interne dans mon histoire, ce n'est peut être pas qu'il est complètement incompetent, c'est juste qu'il s'en fout. Il n'a pas envie d'être là. Il n'a pas envie de faire de garde et il s'en fout. Il a fait ce stage là parce que le rythme était un peu cool. »

FG7Int3 : « Et son père est dans le service c'est ça ? »

FG7Int5 : « Non mais il est le fils d'un grand ponte et toute sa famille sont tous des grands pontes... »

FG7Int2 : « Enfin, moi je trouve ça fou de faire passer un message comme ça. Pour quelqu'un qui est dans le service de couvrir quelqu'un comme ça... C'est fou. »

FG7Int5 : « Enfin, nous on ne l'a pas couvert parce que notre chef de service l'a plus enfoncé qu'autre chose. Mais dans son service, les infirmières ont fait un signalement à leur cadre, ont fait un signalement au chef de service des urgences. Mais finalement il a toujours été là et puis après il a eu un arrêt de travail de deux mois. Il s'est mis en arrêt de travail parce qu'il trouvait qu'il avait trop de pression. Il a fait un malaise un jour, et voilà. »

FG7Int4 : « Je connais un chef de service qui a réussi à démettre une interne de ses fonctions et elle a été orientée en santé publique. Ça a pris deux ans ! L'interne a continué ses stages pendant deux ans. »

FG7Int3 : « Au moins il y a eu quelque chose au bout. »

FG7Int4 : « Oui mais deux ans ! Tu te rends compte du nombre de personnes que tu tues en deux ans, elle était psychotique ! »

FG7Int3 : « Nous, il y en a un à la fac, qui a été direct recadré. Il avait pris neurologie et ils lui ont dit que ce n'était pas possible. Ils lui ont dit de faire radio. »

FG7Int4 : « Radio ? Mais c'est encore pire. »

FG7Int3 : « Non il avait un syndrome d'Asperger donc c'était au niveau de la communication que ça posait problème. »

Investigatrice : « Globalement, qu'est ce que vous avez pu penser chacun de vous, concernant la communication autour de ces erreurs ? Comment vous aimeriez que cela se passe si ça doit être amélioré ? »

FG7Int5 : « Ça dépend des stages et surtout des chefs qu'on a. Il y en a avec qui on sent qu'on peut discuter sans problème, parce qu'on sent qu'il n'y a pas de jugement, qu'on est dans l'échange. Voilà : on peut dire ce qu'on ne sait pas. Alors que montrer des signes de faiblesse, avec certains chefs, c'est tout de suite vu comme quelque chose d'extrêmement négatif. On ne peut absolument montrer aucune faiblesse et il ne faut pas dire : « Je ne sais pas. » ou « Qu'est-ce que je fais ? » Et souvent c'est dans ces cas là qu'on fait très mal parce qu'on n'a pas confiance en soi et on sait qu'on ne sait pas, on n'ose pas en parler. C'est très personne dépendant. »

FG7Int3 : « Nous on a déjà eu des réponses, quand on demande c'est : « T'es en DESC ? Bah tu connais la réponse ! » Et voilà on ne te répond pas. »

FG7Int2 : « Il faut qu'on arrête de prendre l'interne pour une machine à faire du boulot et qu'on se pose... Juste être disponible aussi dans un but psychologique. »

FG7Int5 : « Parce que là, nous on arrive à la fin du cursus et je me dis que c'est peut être pas normal que je ne sache pas. Et j'ai l'impression que plus ça va et plus j'ai une confiance qui pfff... »

FG7Int2 : « Oui mais c'est normal de faire des erreurs ou que tu ne saches pas. J'avais une chef qui me disait : « C'est normal que tu ne saches pas, moi je suis tout le temps dans le Vidal. » Avoir une chef qui te dit ça, ça fait un bien fou ! Mais la plupart du temps, ce n'est pas comme ça. Un bon interne, c'est un interne qui ferme sa gueule et qui fait son taf, que tu n'entends pas parler et qui est efficace. C'est ça un bon interne pour la plupart des chefs.

Le chef qui va pouvoir se poser pour discuter... Juste avoir des gens disponibles pour ça. Moi je n'ai jamais eu personne ou presque qui soit disponible pour ça, pour parler des erreurs ou de mon vécu de certaines situations. Ou même des réunions de services. Là par exemple, il y a une réunion de service au planning familial avec un psychologue pour parler de son vécu par rapport aux IVG. Et bah moi je ne suis pas conviée. J'ai demandé pour y aller, j'ai dit : « Ah trop bien, je peux venir ? » On m'a répondu : « Ah non, parce qu'on a mis du temps pour que la dynamique se mette en place alors... ». Bon bah ok, écoute, moi je vais aller parler des aspirations à mon copain, le soir, qui est trop content. C'est hallucinant, tu arrives comme interne dans un service où il y a quand même des prises en charges lourdes... Et toi t'es censé dire que tout va bien. »

Investigatrice : « Qu'est ce qui pourrait être fait concrètement pour vous, pour améliorer cela ? Est-ce que vous pensez que quelque chose peut être fait via l'université ? »

FG7Int3 : « Tout dépend des problèmes. Moi j'ai traversé des services, où le problème était qu'il n'y avait pas assez d'internes. Et donc en néonatalogie, j'étais FFI D4. Il y avait une interne de pédiatrie en surnombre, la seule. Et sinon il y avait trois FFI roumaines qui ne parlaient pas toutes français et une FFI congolaise insupportable parce qu'elle ne venait pas et nous ne prévenait pas. C'était un cauchemar parce que celle qui était enceinte à fait une grossesse pathologique à cause de ça. Elle a été obligée de s'arrêter et je me suis retrouvée seule avec quatre FFI. Il y en a deux qui étaient très bien, très consciencieuses, et qui parlaient très bien français. Elles avaient déjà fait pédiatrie dans leur pays. Et une qui ne parlait pas du tout français et tous les jours elle recopiait les prescriptions, etc. Elle ne comprenait pas ce qu'elle faisait. Déjà s'il y avait suffisamment d'internes ce genre de chose ça n'existerait pas. »

FG7Int2 : « Je pense qu'il y a, à l'hôpital, un problème de moyens qui nous met tous en danger. Mais les groupes de parole type Balint, je trouve ça vraiment bien. Même ce qu'on fait là, de parler et de réfléchir aux situations. De pouvoir parler. Parce que vous je ne sais pas mais moi dès qu'on se retrouve entre internes on est toujours en train de parler de ça. Des conneries qu'on fait ou des patients Et d'avoir des endroits pour en parler type Balint c'est bien. Mais il faudrait qu'il y ait aussi ça dans le service où on bosse. Ce n'est pas que ça, je trouve ça bien ces groupes parce que ça nous apprend pour plus tard. Parce que peut-être qu'un jour on aura des internes. Et on pourra se dire qu'ils ont été à notre place même si je pense que c'est peut-être hyper dur, et qu'on sera peut être exactement comme nos chefs. Mais se dire qu'on peut discuter ou être plus dans l'échange. Mais c'est vrai qu'on oublie et on n'a pas envie tout simplement, on n'a pas envie de voir, on se met des œillères. »

FG7Int3 : « Mais je pense qu'un peu plus de personnel ce serait confortable. Il y a plein de situations où tu es tout seul et tu essayes d'en parler à des gens, mais personne ne t'écoute parce qu'ils n'ont pas le temps. »

Investigatrice : « D'accord, vous parlez là de la façon de rendre les gens plus disponibles à la communication ou d'avoir plus de personnel pour éviter la survenue d'erreur, en amont.

Mais une fois l'erreur survenue, qu'est ce que vous estimez nécessaire ou approprié pour gérer une telle situation ? »

FG7Int2 : « C'est peut être à nous de faire la démarche aussi, d'aller voir un chef et de lui dire : « J'ai besoin de te parler. J'ai fait une erreur, même si c'était il y a deux mois, ça me reste dans la tête, j'ai besoin d'en parler. »

FG7Int3 : « Oui mais il faut qu'il ait le temps de t'écouter. »

Investigatrice : « Vous avez déjà essayé ? »

FG7Int1 : « Non. »

FG7Int2 : « Non, moi je n'ai pas essayé. Justement c'est pour ça que je dis que si j'avais essayé peut-être que j'aurais pu en parlé, que ça n'aurait pas été si dur. »

FG7Int4 : « Non, mais dans mon stage là, je ne me vois pas du tout en parler ! Je ne me vois pas faire ça. »

Investigatrice : « Pourquoi ? »

FG7Int2 : « Parce qu'on est en DESC d'urgences, il y a trop de jugement ! On en peut pas ne pas savoir ou avoir des faiblesses. Ce n'est pas possible. »

Investigatrice : « Et pour celles qui ne sont pas en DESC, vous ressentez cela différemment ? »

FG7Int2 : « C'est surtout l'ambiance du service... Où on ne se pose pas pour parler, où on a l'impression que ce qu'on ressent, ça ne compte pas. Après c'est peut être une impression. C'est peut-être à nous de signaler. La plupart des chefs nous donnent l'impression qu'il faut qu'on soit capables, qu'on soit forts. Et on n'a pas envie de montrer ce qui ne va pas.

Moi j'ai fait six mois de stage en gériatrie et pendant le stage c'était galère. On avait des chefs super absents. J'ai galéré, galéré et à la fin, pour mon observation de fin de stage, c'est la seule fois où j'ai parlé de quelque chose. J'ai dit que j'avais fait l'annonce d'un décès et que ça avait été super difficile et là, ils m'ont dit : « Ah mais tu es sensible en fait ? Tu es quelqu'un de sensible. » Ils m'avaient vu comme quelqu'un de super fort et super froid parce que je disais aux gens que je gérais et que je me débrouillais. Mais à la fin ils m'ont dit : « Ah mais ce n'était pas toi, tu es une autre personne en fait. » Mais bon au bout du sixième mois quoi ! »

FG7Int4 : « Et que chacun ait un tuteur ou tutrice dans chaque stage ? »

FG7Int3 : « Oui ça c'est bien ça. Il y avait un stage où on avait chacun son tuteur. Ça permet de pouvoir aller lui parler. »

Investigatrice : « Et il y a les tuteurs à la fac. »

FG7Int5 : « Oui mais moi j'ai un tuteur avec qui je ne m'entends pas. C'est une horreur. Je n'ose pas le contacter. Je ne lui envoie pas mes traces, je ne vais pas aller lui parler de mes problèmes. »

Investigatrice : « Et la formation/cours à la fac ? »

FG7Int4 : « Un cours médico-légal, un cours médico-légal ! Ça se n'est fait nulle part pour apprendre à faire les observations. »

Investigatrice : « Tu préfères cela, qu'un cours sur la communication ? »

FG7Int4 : « Oui parce que la communication c'est au cas par cas. L'erreur, tu ne peux pas la prévoir d'avance. Tu ne peux pas faire un listing d'erreurs et prévoir en amont. C'est au jour le jour que tu vois les erreurs. »

FG7Int3 : « La fac ne peut pas imposer les choses aux hôpitaux. Enfin si elle pourrait dire : « On vous retire les internes si vous ne faites pas ces cours là. » Imposer des bilans de mi parcours. »

Investigatrice : « Pour ceux d'entre vous qui ont assisté au cours de la fac « Erreur médicale analyse, impact, gestion » qu'en avez-vous pensé ? »

FG7Int2 : « Le fait d'avoir ces cours sur l'erreur médicale, que les gens en parlent je trouve que c'est vachement bien. Parce que nous, une fois qu'on a été à ces cours là et on se dit qu'il faut et qu'on peut en parler. »

FG7Int5 : « Ca démocratise un peu. »

FG7Int2 : « Oui c'est ca. On démocratise, on banalise entre guillemets, pas en mal. C'est moins la fin du monde quand ca arrive parce qu'on a vu qu'on n'était pas les seuls. C'est comme d'avoir des enseignants qui parlent de leurs erreurs, si toutes les facs faisaient ça, je pense que tous les services le feraient aussi. Parce que ce sont les mêmes les PH qui font les cours et qui sont en stage. »

FG7Int4 : « C'est quoi votre intérêt ? C'est de vous rassurer par rapport à l'erreur ou de ne plus en faire. ? »

FG7Int2 : « C'est à la fois de la prévention, dire qu'il faut en parler et qu'on peut parler de ce qu'on a ressenti. »

FG7Int4 : « Moi je ne suis pas convaincue de l'intérêt de la discussion pour tout. J'ai l'impression que c'est du blabla. C'est bien d'extérioriser, pour te soulager toi-même. Mais ça t'apporte quoi d'entendre les histoires des autres. Tu es capable de savoir ce que tu aurais dû faire et ce que tu devras faire la prochaine fois. Tu vois il te suffit de regarder dans le Vidal, tu as la réponse. Donc pour moi tous ces cours là c'est superflu, je n'ai pas l'impression d'en avoir besoin. »

Investigatrice : « Tu penses qu'ils devraient être faits autrement ? Ou pour toi ce n'est pas à la fac que tu vas chercher quelque chose ? »

FG7Int4 : « Je ne vois pas très bien l'intérêt... à la fac. C'est bien d'entendre les histoires des uns et des autres mais souvent ça se répète... C'est souvent les mêmes erreurs, on les fait tous. Je n'ai pas l'impression que dans ma pratique ça m'aide beaucoup. Après les cours oui. Les cours objectifs comme tenir une observation médico-légal, ça oui, ça m'intéresse, mais il n'y en a pas. »

Investigatrice : « Ca ne t'intéresse pas de parler de ton ressenti ? »

FG7Int4 : « Pour ça, tu peux trouver sur ton lieu de travail quelqu'un pour en parler. Après ce n'est pas très compliqué d'aller voir la personne qui peut changer les choses : le chef de service, la cadre, c'est leurs fonctions. Je ne trouve pas ça très compliqué. Sauf si on a fait une gaffe et qu'on veut le cacher. Ca c'est risqué. Sauf si ça n'a pas eu d'impact sur le patient. »

FG7Int1 : « Je vois ce que tu veux dire. Ca a un côté... tu te décharges d'un poids. A la fin c'est un peu mélangé, tout le monde a raconté et tu sors : « Ah ça va mieux, fioou. »

FG7Int4 : « Oui voilà, ça c'est ce que tu fais avec un psychologue. Ca te soulage mais ça ne t'apprends rien. C'est pour te lâcher. »

FG7Int1 : « Mais c'est déjà ça. »

Investigatrice : « Est-ce que vous pensez que le fait d'avoir des cours comme cela, pour dire qu'on doit parler de l'erreur médicale, ça ne permet pas de lever un peu le tabou ? Ca ne permet pas d'inciter les internes à en parler sur le lieu du stage, poser leurs questions ? Et sensibiliser les internes qui sont des futurs chefs ? »

FG7Int1 : « Si moi je pense que c'est bien ça. »

FG7Int4 : « C'est bien mais c'est chef dépendant. »

FG7Int3 : « Mais justement, comme on aura été formé, on aura moins de problèmes. Alors que nos chefs n'ont pas été formés. On voit la différence entre les jeunes chefs et les vieux chefs. Les jeunes chefs ont peut davantage parlé avec eux. Quand on fait une erreur ils viennent nous demander si ça va. »

FG7Int4 : « Oui, moi je n'ai pas vécu ça en stage, c'est peut-être pour ça... »

Fin du temps imparti

FOCUS GROUPE 8

Enseignement mutualisé d'Ile De France : « De l'erreur médicale à la sécurité du patient. »

Le 29 janvier 2015, Faculté Bichat, DMG Paris Diderot

Réalisation d'un entretien par focus groupe avec quatre internes de semestres et de facultés différents et le Dr Galam.

Durée du focus groupe : 54 minutes

FG8Int1 : « L'alcoologue était avec le patient dans la chambre. Le senior arrive d'un côté et moi j'arrive de l'autre côté. Donc on entre tous les deux dans la chambre. Le patient était en train de faire une détresse respiratoire, comme il faisait d'habitude. On dit à l'alcoologue : « Ne vous inquiétez pas, il est en train de faire une détresse respiratoire. On va le mettre en position. » Donc là, l'alcoologue commence à s'affoler. Il était 9 heures du matin, on venait de mettre les seringues d'Hypnovel, 24 mg. Je ne sais pas ce qu'il s'est passé. Il était d'un côté du lit. Nous on était de l'autre côté. Il y avait l'infirmière avec nous. Et il a poussé les seringues. »

FG8Int2 : « Ooooh ! Le psychiatre là ??? »

FG8Int1 : « Oui. 24 mg d'Hypnovel en trente secondes. Il a poussé la seringue et là, il nous dit : « C'est bon, c'est bon. Maintenant il se repose. » Nous on pensait juste : « Non tu viens de le tuer là ! ». Devant nous. En fait, l'infirmière, le senior et moi, on était... On était paralysés. On ne savait pas... On ne savait pas ce qu'il s'était passé !

Du coup, on a réalisé qu'il l'avait tué et tout. Ça a été très bien caché dans le service d'ailleurs.

Le réseau de soins palliatifs de l'hôpital, c'est à dire notre médecin de soins palliatifs qui était un ange, il est venu parler avec l'équipe. Ils ont organisé une réunion avec l'équipe, etc. Une réunion dans la salle de soins. Moi je me trouvais là par hasard. Parce que personne ne m'avait informée de la réunion. »

FG8Int2 : « Personne ne t'avait invitée ? »

FG8Int1 : « Personne ! Ni le chef de service, ni le chef des soins palliatifs. Personne. Donc je me trouvais par hasard dans la salle. J'étais en train de faire un compte-rendu, un truc comme ça. Et du coup, j'entends : « Bon, bah on va dire que c'est une erreur de l'infirmière. Ça ne te dérange pas Machin truc ? » L'infirmière elle était jeune diplômée, moi personne ne m'avait demandé mon avis... ! C'était quand même... Personne n'avait parlé de ça ! Du coup c'était entre les chefs de service, les chefs de soins palliatifs qui se sont organisés pour faire ça. »

FG8Int2 : « Il était là l'alcoologue ? »

FG8Int1 : « Non. »

FG8Int2 : « Ah... »

FG8Int1 : « Il ne voulait pas parler de ça. Donc il n'était pas là. Et personne n'est venu parler avec moi. Après la réunion, je suis allée parler avec mes chefs et je leur ai dit : « Mais j'étais là, oh ! J'étais présente. J'ai vu comment il a poussé la seringue et je n'ai rien fait... »

Et là mon chef de service a dit : « Oh bah de toute façon ce n'est pas grave. Il allait mourir de toute façon. » Et il se casse ! On a parlé l'infirmière et moi... [« Excusez moi », *FG8Int1* s'absente quelques minutes.]

Dr Galam : « Que pensez-vous déjà de ce qu'elle a dit ? Que pouvez-vous en dire ? »

FG8Int3 : « C'est une histoire particulière parce que je ne sais même pas si c'est vraiment une erreur... »

FG8Int2 : « Bah si c'est une erreur du psychiatre hein ! »

Dr Galam : « Il y a une erreur quand même ? »

FG8Int2 : « Oui, oui, oui, oui. »

FG8Int3 : « Oui mais c'est une « erreur » vraiment consciente, volontaire quoi ! »

Dr Galam : « Non, il n'a pas fait exprès ! »

FG8Int3 : « Comment ça il n'a pas fait exprès ? »

Dr Galam : « Je n'ai pas compris. J'ai loupé le début. »

FG8Int4 : « Ah si, il a fait exprès ! »

Dr Galam : « Il ne s'est pas trompé de seringue ? »

FG8Int3 : « Non, mais pris de panique, du fait de son incompétence, il a cru qu'il fallait administrer la seringue entière. »

FG8Int2 : « Ah moi je pensais qu'il avait fait exprès pour arrêter ses souffrances. »

FG8Int3 : « Bah non, je pense qu'il a été pris de panique. »

FG8Int2 : « Ah ? il voulait juste arrêter la détresse ? »

FG8Int3 : « Non mais est-ce que tu vois les psychiatres ? Comment ils sont en clinique ? Ils sont nuls ! »

FG8Int2 : « Ah oui ils sont nuls ! »

FG8Int3 : « Je pense que c'est plus de la panique. »

Dr Galam : « Il n'a pas voulu le tuer, d'accord... »

FG8Int2 : « C'était une erreur. »

Dr Galam : « Il ne pensait pas le tuer, je ne pense pas qu'il s'est dit : « Je vais le tuer, vite vite ! »

FG8Int3 : « C'est plus une panique devant la détresse du patient. »

FG8Int2 : « C'est étrange parce que d'habitude ils sont plutôt du genre « hauts les mains, on ne fait rien ».

FG8Int4 : « Oui c'est clair ! »

FG8Int2 : « C'est marrant cette organisation du service. Remettre la faute sur l'infirmière... Enfin, je ne sais pas. Ils ont peut être voulu faire une RMM sans... »

FG8Int3 : « Sans appeler les protagonistes ! »

FG8Int2 : « Sans vraiment faire une RMM... »

FG8Int3 : « C'est vraiment de la dissimulation, sans que les gens impliqués soient là. Pour recouvrir le truc ! Sans faire de bruit. L'interne, on ne s'en occupe pas. Comme ça on se dit qu'elle va passer à autre chose ! Par contre essayer de remettre la faute sur l'infirmière c'est assez dégueulasse. »

Dr Galam : « Alors, j'ai loupé le début. Quel âge il a le patient ? »

FG8Int4 : « C'était un patient en soins palliatifs. »

FG8Int2 : « Très connu de l'alcoologue. Il faisait des détresses respiratoires à répétition. »

FG8Int3 : « Sur un cancer laryngé en phase terminale. »

FG8Int2 : « Vraiment palliatif, palliatif... Il faisait une énième détresse respiratoire. »

Dr Galam : « D'accord. »

[*FG8Int1* revient dans le groupe.]

Dr Galam : « Qu'est ce que tu en retiens toi ? »

FG8Int1 : « Bah j'en retiens... que dans les services les gens s'en fichent de l'interne ! »

[Rires]

FG8Int1 : « C'est ça que je retiens. »

Dr Galam : « D'accord ça c'est intéressant, et sinon autrement ? »

FG8Int2 : « Et ils se fichent du patient. »

FG8Int1 : « Oui aussi ! »

FG8Int4 : « C'est la première chose d'ailleurs... »

FG8Int2 : « Mais là je me posais des questions sur ce qu'à fait l'alcoologue. Il a paniqué et a voulu arrêter la détresse c'est tout ? »

FG8Int1 : « Bah, ça c'est la conclusion que l'infirmière et moi on a eu... On est arrivées à cette conclusion là... »

FG8Int2 : « Il ne savait pas ce qu'il avait dans les mains ? De l'Hypnovel.. ! »

FG8Int1 : « Je pense qu'il a paniqué... Et du coup il s'est vu avec un patient qu'il connaissait depuis longtemps... En souffrance... »

FG8Int3 : « Alors que, vous, vous étiez là ! »

FG8Int1 : « Nous on était là, on lui a dit : « Ne t'inquiète pas. » Je pense qu'il a paniqué. C'est pour ça qu'il ne voulait pas parler. »

FG8Int3 : « Mais il est vraiment mort le patient après ou pas ? »

FG8Int1 : « Oui, il est mort... »

FG8Int4 : « Après on peut être endormi avec 24 mg d'Hypnovel. Mais c'est vrai que s'il était en détresse respiratoire... »

FG8Int3 : « Sur une détresse respiratoire, là tu ne t'en sors pas... »

FG8Int4 : « Il est parti de la chambre comme ça, il n'a rien dit ? Il ne s'est rien passé ? »

FG8Int1 : « Ah non non ! Je n'ai pas eu de contact du tout avec l'alcoologue après. »

FG8Int2 : « Mais il est parti immédiatement ? »

FG8Int3 : « Il l'a regardé mourir et il est parti ? »

FG8Int1 : « Bah oui, on lui a dit : « Ah non mais là il est mort. » Et il s'est cassé. Il est parti ! »

FG8Int4 : « Et ton chef qu'est-ce qu'il a dit ? »

FG8Int1 : « En fait, quand il a quitté la chambre, il était aussi choqué que moi... »

FG8Int2 : « Et lui était là pendant la discussion.. « en petit comité » là ? »

FG8Int1 : « Non il n'était pas là parce qu'il avait une réunion dans un autre service. »

FG8Int3 : « Mais il n'y avait personne. »

FG8Int1 : « Ah non non. Des trois personnes concernées, qui étions sur place, il n'y a eu personne. »

FG8Int2 : « C'était entre chefs de service quoi ! »

FG8Int1 : « C'était limite de niveau administratif quoi. Comment cacher ça ? Qu'est ce qu'on va dire à la famille ? Comment maquiller l'histoire ? »

FG8Int2 : « Justement, c'est comme si pour ceux qui étaient là (donc toi, le chef, l'alcoologue et l'infirmière), tant qu'on ne met pas des mots, il ne s'est rien passé quoi. »

FG8Int1 : « Oui voilà. Il ne s'est rien passé. Et dans la continuité de la vie des services, il ne s'est rien passé. Après ils n'ont plus jamais parlé de ça. L'alcoologue a continué sa vie, tout le monde a continué sa vie. Je pense qu'à la limite, il n'y avait que l'infirmière qui était jeune diplômée et moi... On n'était vraiment pas bien ! »

FG8Int2 : « Oui je comprends ! »

FG8Int1 : « On a passé une semaine vraiment... L'infirmière me disait : « Je ne dors pas. » Moi non plus je ne dormais pas. Parce qu'on n'avait rien fait, on n'a pas dit stop. On l'a vu pousser et on n'a rien fait. »

FG8Int2 : « Vous ne pouviez rien faire... C'est rapide hein. »

FG8Int1 : « Oui je sais. »

FG8Int2 : « Vous n'alliez pas vous jeter sur lui... »

FG8Int1 : « Oui mais à ce moment là, il y avait beaucoup de culpabilité. Alors que dans le service, c'est passé. Tout était normal. « C'était une petite erreur, un surdosage, il était trop faible, voilà. C'est tout. Et de toute façon, comme ça, il n'a pas souffert. » C'est comme ça que ça a été présenté à la famille. »

Dr Galam : « Et quand vous vous avez dit : « Eh ! J'étais là. » A qui l'avez-vous dit, au chef de service ? »

FG8Int1 : « Oui, à mon chef de service. Et au chef de service des soins palliatifs. »

Dr Galam : « Qu'est ce qu'ils t'ont répondu ? « Toi petite, ne viens pas nous embêter » ?

FG8Int1 : « Non, il m'a dit que de toute façon, il allait mourir. Donc il n'a pas souffert... »

FG8Int2 : « C'est tout ? »

FG8Int1 : « Oui c'est tout. Il n'a pas analysé comment moi j'avais vécu ça. »

FG8Int2 : « Et surtout il ne voulait pas admettre aussi, ce qui s'était passé. »

FG8Int1 : « Oui, je pense que c'était trop gros pour mettre des mots. »

FG8Int2 : « Trop gros pour dire que c'était une catastrophe. Et s'il disait que c'était une catastrophe, ça partait dans d'autres choses... qui auraient peut-être atteint sa fonction, où je ne sais pas. »

FG8Int1 : « Je pense que le chef de service avait peur des conséquences. Du coup il n'a pas mis de mot sur ce qui s'est passé. »

Dr Galam : « Ca s'est passé il y a combien de temps ça ? »

FG8Int1 : « Ca s'est passé il y a 8-9 mois. »

Dr Galam : « Comment êtes-vous aujourd'hui par rapport à ça ? Vous en retirez quoi ? »

FG8Int1 : « Bah en fait j'ai fait une trace là-dessus. » (Rires)

Dr Galam : « Ah oui c'est bien. Et alors qu'est-ce que vous en tirez finalement ? »

FG8Int1 : « Là je me dis que j'analyserai d'une autre façon, que j'essaierai de mettre des mots et de m'imposer un peu plus. A l'époque, j'étais en premier semestre... J'ai dit que j'étais là, mais je n'ai pas non plus exigé être vue par la psychologue ou autre. Je me suis dit : « Ah bon, ça se fait comme ça. Ca se fait comme ça. » Je ne savais même pas la rancœur que j'avais. Je pense que maintenant je dirai : « Ah non, il faut faire une réunion, il faut en parler. Il faut qu'on parle tous de ça. » Demander à être vue par les psychologues du service. Je pense que je m'imposerai un peu plus. Pour mes collègues, pour moi et pour les patients. Je pense que j'essaierai d'analyser un peu plus. A l'époque, je n'y avais même pas pensé. »

Dr Galam : « D'autres commentaires ? C'est très fort cette histoire ! Qu'est ce que vous en pensez vous ? Que peut-on en tirer comme enseignement ? Qu'est ce qu'on aurait pu faire ou qu'est-ce qu'on pourrait faire si les choses étaient idéales ? »

FG8Int2 : « Là c'était quand même un évènement difficile à éviter. C'est plutôt au médecin alcoologue de... Enfin soit il se remet au point sur la médecine somatique, soit ... »

FG8Int3 : « Non, mais faire la RMM avec lui. Refaire le point sur le rôle de chacun dans le cas d'une situation d'urgence dans le service. »

FG8Int4 : « Oui, les RMM, pour en avoir vécues, je trouve ça bien. C'est assez collégial. On est tous empathique envers le médecin qui a fait une erreur, et on va plus dans la discussion. On n'est pas là pour le juger. D'ailleurs, on est tous pareils. Là on dit qu'il a été pris de panique, on ne juge pas mais il faut en parler. »

FG8Int2 : « Oui mais là c'est gros quand même. Même dans la panique... »

FG8Int4 : « Oui... »

FG8Int2 : « Surtout qu'il n'était pas seul ! »

FG8Int1 : « Non, il a appelé à l'aide. On est venus. »

FG8Int2 : « Il aurait été seul au milieu de nulle part... C'est ça qui est un petit peu bizarre. »

FG8Int1 : « Il n'avait qu'à le faire tout seul, caché... »

FG8Int4 : (Rires) « Oui c'est vrai. »

FG8Int2 : « Mais non, parce que ce n'était pas volontaire. »

FG8Int1 : « Après, vraisemblablement... Le malade avait dit au médecin que s'il lui arrivait quelque chose il fallait l'euthanasier ou un truc comme ça. Vraisemblablement... »

FG8Int4 : « Ils se connaissaient depuis très longtemps en fait. »

Dr Galam : « Pourquoi vous dites ça ? »

FG8Int1 : « Parce que tout ça on me l'a dit après. Je suis partie du service, mais j'ai gardé un peu de contact avec l'infirmière. Ca nous avait rapprochées un peu toutes les deux. Et peu de temps après elle m'a envoyé un message en me disant : « J'ai entendu une conversation entre l'alcoologue et je ne sais pas qui dans le couloir... »

FG8Int3 : (Rires) « Des bruits de couloirs... »

FG8Int1 : « Le patient lui aurait demandé, des années auparavant, d'en finir si jamais il arrivait à ce stade là. »

FG8Int3 : « Ils se connaissaient depuis des années alors. »

FG8Int1 : « Voilà. Je ne sais pas si c'est vrai ou pas. »

FG8Int3 : « Ou il se couvre... »

FG8Int1 : « Voilà, c'est ça. Il se justifie. Parce que je pense que c'est dur pour lui de se dire « J'ai tué quelqu'un. »

FG8Int3 : « Et puis un patient qui n'est pas n'importe quel patient pour lui en plus, visiblement. Il le suit pour l'alcool depuis des années. »

Dr Galam : « En tous cas, il n'en a pas parlé. Ce psychiatre n'a parlé à personne ? »

FG8Int1 : « Ohlala non. On ne l'a jamais vu. En plus il nous évitait hein ! »

FG8Int2 : « Bah oui ! Ca se comprend. »

(Rires)

FG8Int1 : « Je suis restée trois mois dans le service après ça. Il nous évitait. Ca m'est arrivé d'avoir besoin de lui pour d'autres patients. Auparavant, on se parlait dans les couloirs et tout. Là non, il me disait : « Tu m'envoies un avis écrit. » Il nous évitait beaucoup, les personnes qui avaient été là. »

Dr Galam : « Bien c'est très très riche. Alors les autres, il faut que vous puissiez raconter également. Allez-y. »

FG8Int3 : « C'était en médecine interne, samedi d'astreinte. Donc soixante patients à voir. Avec deux internes et un nouveau chef, donc assez dur. Moi j'avais fini mon secteur donc je vais aider ma chef qui fait un autre secteur. Elle me dit : « Va voir ce monsieur là. » Je prends les transmissions de ma co-interne. C'était un samedi matin, donc le patient était arrivé la veille. Le soir. Sur une contre-visite. C'était un patient qui était là pour mauvais état général après une chimiothérapie sur cancer du pancréas et qui avait 76 ans. Il n'était pas encore en aplasie mais presque et on craignait une aplasie fébrile. Donc je vais le voir, je vois ses constantes : apyrétique, 37°3, une tension correcte. Mais effectivement pas en très bon état général, comme en post-chimiothérapie avec des nausées, quelques vomissements.

Je l'examine, pas de signe de choc. Je me dis : « Bon... ». Je vais mettre un mot et je fais l'erreur... enfin pas l'erreur, mais j'ai regardé la pancarte de la nuit et à 22 heures, il y a eu un pic fébrile. 38°1 donc pas grand-chose. »

FG8Int4 : « Une fois ? »

FG8Int3 : « Une fois ! »

FG8Int4 : « Ce n'est pas encore officiellement de la fièvre... »

FG8Int3 : « Non mais... »

FG8Int4 : « A noter quoi. »

FG8Int3 : « Voilà, à noter. Donc je l'ai noté. Mais tu te dis : « Est-ce que je le mets sous antibiotiques étant donné qu'il est neutropénique ? Est-ce que je ne le mets pas sous antibiotique ? Qu'est-ce que je fais ? Déjà pourquoi l'infirmière n'a pas appelé l'interne de garde pour venir le voir ? » Donc déjà, je me pose des questions. Je commence mon petit mot, à mettre : « Apyrétique, bons paramètres vitaux ce jour là, mais à noter une petite fébricule à 38°3 dans la nuit, sans que personne ne soit appelé. » Je m'arrête là, parce que je devais aller voir ma chef pour savoir justement ce que je mettais. Je vais voir ma chef qui était aussi débordée et qui me dit : « Non mais ne t'inquiète pas, ce patient il est géré. » Je lui dis tout. Je lui raconte toute l'histoire, et je lui demande si on lui met des antibiotiques et je ne sais pas lesquels. Elle me dit : « Non, ne t'inquiète pas. C'est un patient d'oncologie. Donc le onco-gastro est passé, il va le prendre dans son secteur maintenant. Tu n'as plus rien à faire. »

Ok. Je n'ai plus rien à faire. Donc je vais voir les autres patients et je me dis que c'est très bien, il est pris en charge nickel. Sachant que le gastro était effectivement bien passé le voir.

Et en fait, on me convoque quinze jours plus tard dans le bureau de ma PH. Elle me dit : « Bon, tu te souviens de Monsieur Untel ? » Je dis : « Oui, je m'en souviens. »

« Bah la prochaine fois, quand tu as une fièvre, tu mets les antibiotiques. » La même PH hein, que celle à qui j'avais demandé... Et elle m'explique : « Quand il est descendu au quatrième étage en onco, il n'y avait aucun interne... » Donc en gros, il n'y avait aucun médecin quand il est arrivé, donc aucun interne ne l'a vu. Il n'a pas été mis sous antibiotiques. Le gastro entérologue avait dit « Oui. » Mais sans faire de prescription particulière. La nuit, il a fait le sepsis sévère. On a appelé l'interne de garde qui a enfin mis les antibios et il est passé en réa et trois ou quatre jours plus tard il est décédé quoi.

Donc voilà... Et comme en effet le seul mot qui existait, et bah c'était le mien, donc c'est revenu sur moi quoi. Et là j'étais un peu... Enfin super énervée. Parce que ma PH qui était là, avec qui j'étais et avec qui j'ai discuté m'a dit : « Ah non c'est de ta faute. » Donc j'étais vraiment... Elle n'a pas dit que c'était QUE de ma faute. Mais j'étais très gênée et très en colère parce que j'avais demandé de l'aide et on ne m'avait pas écoutée. J'en ai parlé avec mon chef de clinique qui m'a dit : « Ecoute, je fais un rapport parce que je dois le faire. Heureusement la famille ne porte pas plainte. Mais c'est obligatoire. »

Et voilà, c'est exactement le schéma dont vous parliez : il y a eu une fébricule. L'infirmière n'a pas appelé, l'interne n'est pas venu, moi je le vois, ma PH me dit rien ou juste : « C'est bon le gastro prend en charge », le gastro qui n'est pas là et pas d'interne pour l'accueillir... Et la conséquence... Enfin toutes ces erreurs font qu'il arrive en réa et que ça s'est mal passé. Donc j'en ai déduit que, enfin ce que ça m'a appris c'est : toujours mettre des mots dans les dossiers et écrire « Avis auprès du chef : me dit ça ». Ca c'est la première chose. »

Dr Galam : « Oui, très important. »

FG8Int3 : « Et puis après quand j'ai raconté ça à mes co-internes, ils sont plutôt empathiques. Mes co-internes m'ont beaucoup aidée à ce moment là, en me disant : « Tu sais j'aurais peut-être fait la même erreur que toi. » Je reproche beaucoup aux gastro et à mes PH de ne pas m'avoir aidée dans cette petite erreur. »

Dr Galam : « Oui, s'il y a des questions allez-y. »

FG8Int1 : « C'est surtout qu'elle ne veut pas prendre ses responsabilités. TU as demandé de l'aide, un avis. L'avis a été mal donné, il n'y avait pas de communication. Il y a quelqu'un qui devait le prendre mais qui finalement ne l'a pas vraiment pris. Il y a un manque de communication et de prise de responsabilité. Je pense que pour les PH c'est beaucoup plus simple de dire : « Oh c'est l'interne qui s'est trompé. » Plutôt que de se dire : « Ah non, c'est vrai il m'a demandé. Et je ne lui ai pas répondu. »

Dr Galam : « Parce que vous êtes convoquée par le chef de service, en présence... »

FG8Int3 : « Non, la PH en question. »

Dr Galam : « C'est elle qui vous convoque en vous disant ... »

FG8Int3 : « Non elle me convoquait pour autre chose mais elle me parle de mon patient. »

Dr Galam : « Et alors, elle vous dit : « Mais il fallait mettre des antibiotiques. »

FG8Int3 : « Oui. »

Dr Galam : « Et vous dites quoi vous ? « Tu m'as dit non ! » Vous dites quoi ? »

FG8Int3 : « Non je lui dis : « Bah... ! ». Enfin j'ai buggué, je n'ai rien répondu du tout. »

FG8Int2 : « T'as pas réussi... »

FG8Int3 : « Non, je n'ai pas réussi, c'est une PH. On est là... Je me suis dit : « Bon, ok, d'accord.. ! »

Dr Galam : « Après vous en avez reparlé avec elle ou non ? »

FG8Int3 : « Non. J'en ai reparlé avec mon chef de clinique. »

Dr Galam : « Mais elle, vous n'êtes pas du tout allé lui dire : « Non mais attendez, je ne comprends pas bien. Vous me dites ça alors que ... »

FG8Int3 : « Non. »

Dr Galam : « Mais, elle, à votre avis elle se rappelait bien ? Ou elle a oublié et... »

FG8Int3 : « Je ne sais pas. Mais j'ai dit à mon chef de clinique : « Ecoute j'ai prévenu ma PH justement mais je crois qu'elle était trop débordée pour penser... » Un truc comme ça. »

Dr Galam : « Et quand elle vous dit : « Il fallait mettre les antibiotiques. » Elle est castratrice ? Plutôt culpabilisante ? »

FG8Int3 : « Oui, culpabilisante. En me disant : « Tout simplement une neutropénie fébrile, tu mets des antibiotiques. » Mais forcément ! Dis comme ça, c'est sûr. »

FG8Int4 : « Oui à posteriori, tu les aurais mis. »

FG8Int3 : « Voilà ! Mais 38°1. Dans le contexte... Et puis elle qui me dit : « Non ne t'inquiète pas. »

Dr Galam : « Donc vous avez parlé de colère... »

FG8Int3 : « Oui, colère oui ! »

Dr Galam : « Vous avez parlé avec les internes, le chef de clinique ? D'autres gens ? »

FG8Int3 : « Colère oui vraiment. Et surtout on se retrouve seule en fait. »

Dr Galam : « Il y a aussi la colère de dire : « On ne peut pas en parler ». C'est assez injuste. »

FG8Int3 : « Exactement, l'injustice. Mais du coup j'ai pris le temps d'en parler à mon chef de service. Et mes co-internes, avec qui on en a discuté. Ils étaient très empathiques et ça m'a vraiment fait du bien. Mais voilà. Maintenant je mets toujours « Avis » sur les dossiers. » (Rires)

Dr Galam : « Oui c'est bien. Donc là aussi, une histoire très riche. Alors qui peut raconter maintenant ? »

FG8Int2 : « Moi j'ai une histoire, d'ailleurs c'est un peu le même genre. C'était un weekend aussi. J'étais d'astreinte aux lits-portes des urgences. J'avais un chef que je ne connaissais pas très bien et qui en plus était occupé sur un patient qui était plus ou moins dans le coma.

Ce qu'il se passe c'est qu'on fait l'astreinte le matin. On est censés partir l'après-midi mais on part à je ne sais pas quelle heure. Par contre les chefs, à une heure précise, ils vont aider à l'avant, enfin aider en box. Et lui, même s'il n'avait pas vraiment fini, il est parti de l'autre côté. Et il ne m'a pas aidée sur les dossiers donc j'en avais vraiment beaucoup. Notamment, une patiente jeune qui était là depuis plusieurs jours. Elle avait une douleur abdominale, peut être une toute petite cytolyse hépatique mais rien de plus. Elle avait été gardée parce qu'il y avait une petite cytolyse. Il y avait eu un avis gastro la veille par téléphone seulement. Il avait dit : « Faites des sérologies. Si c'est négatif et qu'elle va mieux, elle sort le lendemain. »

Donc moi la transmission c'était : « Elle peut sortir. » Au final, il n'y avait pas eu de nouveau bilan. Donc je redemande un bilan, mais qu'elle a eu du coup vers 13 heures. Moi elle ne m'inquiétait pas mais je m'étais dit qu'il n'y avait pas eu d'autre bilan. Mon chef... bon pas trop. Elle me dit qu'elle est un peu plus jaune que d'habitude mais bon voilà... Il y avait juste cette petite cytolyse. Finalement, je prends la décision de l'hospitaliser. Parce qu'il fallait faire de la place. Je lui prescris son bilan et elle monte en gastro. Seulement dans le bilan j'avais juste mis un bilan hépatique ASAT, ALT, PAL, GGT, Bili et c'est tout. Donc en partant, à 17 heures, je transmets à l'interne qui est de garde dans les étages : « Faut que tu récupères un bilan pour une entrante, cliniquement bien, je l'ai hospitalisée, voilà. »

Il se trouve qu'il récupère le bilan où il y avait une cytolyse à dix fois la normale, un truc terrible, le bilan tout en rouge ! Horrible quoi ! Et... en fait, il ne fait rien. Il ne prescrit toujours pas ce que j'avais oublié : il ne prescrit toujours pas un TP. En fait depuis son arrivée aux urgences, elle n'avait pas eu de TP. Il remet un bilan le lendemain matin, où il lui met un TP mais pour le lendemain matin. Et l'équipe de gastro arrive, découvre la patiente car du coup elle était dans leur service : 8% de TP. En fait elle faisait une hépatite fulminante, elle a été transférée dans un centre de transplantation hépatique. En fait cette histoire, c'est vraiment un enchaînement sur quatre jours. Elle n'a jamais été vue par le même médecin. Le premier médecin, bon, a mis un bilan hépatique sans mettre de TP. A la limite, ça peut arriver mais voilà. Ensuite ça n'a pas été rattrapé derrière. Elle a été vue par 4 ou 5 médecins différents, un avis de spécialiste par téléphone... Et résultat... Bon elle a survécu mais... »

FG8Int1 : « Et vous avez parlé après avec les autres internes ou chefs ? »

FG8Int2 : « Bah en fait, ce qui est terrible c'est que celui qui a un peu repris le dossier après que les gastro aient hurlé évidemment, c'était le chef qui l'avait vue en premier. Donc aux urgences. Qui s'en voulait beaucoup de ne pas avoir mis de TP. Lui a soumis le dossier en RMM où en fait je n'ai pas été invitée, pour laquelle les internes n'ont pas été prévenus. Parce que pour faire la RMM il fallait qu'il y ait des gens aux urgences pour travailler... Donc nous on était aux urgences, donc je n'ai jamais su... On n'a pas été conviés pour la discussion. »

Dr Galam : « Vous n'avez pas eu d'écho après ? Enfin... »

FG8Int2 : « Bah bizarrement... Enfin, la RMM c'était vraiment à la fin du stage. Semestre d'été, vacances, et tout... Et bizarrement je n'ai jamais... Peut-être que j'aurais pu récupérer le compte-rendu de la RMM. Je ne sais pas peut-être que j'étais vexée mais je n'ai pas... Je suis un peu... J'ai essayé de passer à autre chose. Alors que j'aurais dû essayer de récupérer le compte-rendu. Parfois j'y pense... A récupérer le compte-rendu. Mais... »

FG8Int1 : « Et toi, comment l'as-tu vécu ? Parce que tu étais dans la chaîne. »

FG8Int2 : « Oui, j'étais un des maillons de la chaîne. »

FG8Int1 : « Voilà, parce que tu dis que le premier médecin s'en voulait beaucoup. Mais toi ? »

FG8Int3 : « Bah on s'en est tous voulu de ne pas avoir mis de TP. Tous, chacun notre tour... (Rires) Mais à la fois... J'en ai parlé à pas mal de co-internes. Jje me dis : « Bon, au moins je l'ai hospitalisée. J'aurais pu la faire sortir. » C'est ce que je me suis dit pour un peu me... voilà ! »

FG8Int2 : « Après le dossier, effectivement, personne ne s'est penché dessus. Moi je ne me suis pas du tout penchée dessus. Je l'ai vue. Elle m'a dit : « Je me trouve plus jaune que d'habitude. ». Moi je ne la croyais pas. C'est vrai, je ne la trouvais pas jaune. Je ne l'avais jamais vue en même temps. Mais je ne la trouvais pas ictérique direct ! Elle a juste dit : « Oh je me sens un peu plus jaune heu... ».

FG8Int4 : « Oui voilà. »

FG8Int3 : « Un petite douleur abdo mais sans plus, c'est tout. Je ne la prenais pas trop au sérieux. Avis gastro : elle sort si elle va bien. Je ne me suis pas penchée sur son dossier, je n'avais pas le temps. »

FG8Int1 : « Surtout, tu dis que tu devais finir à midi. Mais après tu parles de 17 heures. Donc... J'imagine que tu avais envie aussi de... »

FG8Int2 : « Ah oui, bah j'ai aussi un peu refile le bébé à l'interne de garde. Et puis il y a des pertes d'informations à chaque fois que l'on transmet quelque chose. C'est vrai que je pense que la plus grosse erreur de la chaîne, c'est le dernier interne qui aurait tout simplement dû appeler un chef quoi. Et lui il a prescrit une ammoniémie ou un truc euh.. un peu trop intellectuel pour moi. Enfin bon ! Et il attendait le lendemain. Mais je ne l'avais pas non plus alerté. Enfin je me suis posé des questions : « Qu'est-ce que je lui ai dit quand je lui ai transmis ? Qu'est-ce que j'aurais dû lui dire ? » Mais elle ne m'inquiétait pas. Donc je ne l'ai pas inquiété. »

FG8Int3 : « Tu n'avais pas le bilan aussi. »

FG8Int2 : « Je n'avais pas le bilan non. »

FG8Int3 : « Après c'est comme moi. Tu n'étais pas la seule à ne pas avoir fait le TP. »

FG8Int2 : « Oui, oui. Je n'étais pas toute seule dans l'histoire. »

FG8Int3 : « Ca peut être rassurant. »

FG8Int2 : « Je me disais que c'est hallucinant que personne n'ait réussi à rattraper. Pourtant aux urgences c'est hallucinant le nombre de maillons. »

Dr Galam : « Après, vous en avez rediscuté ? »

FG8Int2 : « Juste avec mes co-internes. »

Dr Galam : « C'est-à-dire ? »

FG8Int2 : « J'en ai parlé, un tout petit peu, au début, avec le chef qui l'a vue en premier. Un petit peu mais c'est tout. C'était juste sur les faits mais c'est tout. Ca n'allait pas très loin dans la discussion. »

Dr Galam : « Comment ça s'est passée cette discussion avec le chef ? »

FG8Int2 : « Par contre je n'ai pas eu de reproche quoi. Mais on ne m'a rien dit non plus ! Donc c'était vraiment de A à Z... On ne m'a pas dit : « Bon, quand même, tu l'as hospitalisée. » Ni : « Bon ce n'est pas grave ne t'inquiète pas. » Ni : « Bon, quand même, tu aurais pu faire ça. » On ne m'a rien dit et je n'ai pas été conviée à la discussion à la fin.

C'était un peu dur parce que, du coup, de A à Z c'est comme si je n'avais pas existé. Comme toi dans ton histoire. [s'adresse à *FG8Int3*]. Ca fait un peu bizarre quoi. »

Dr Galam : « Comment ça s'est passé ? C'est vous qui êtes allée voir le chef pour en parler ? Ou c'est lui ? »

FG8Int2 : « Non c'est lui qui m'a dit : « Tu te souviens de Madame... ? »

Dr Galam : « Ah voilà. Donc lui il vous a dit... »

FG8Int2 : « A table ! »

Dr Galam : « Entre deux... »

FG8Int2 : « En fait non. Il ne savait pas forcément que c'était moi... Enfin je ne sais plus. Il a dit : « J'ai été appelé pour une dame. Quelqu'un se souvient ? Tiens, qui était là ce weekend ? Quelqu'un se souvient de Madame Untel ? Parce que j'ai eu les gastros au téléphone. Moi je l'ai vue à son arrivée... Hop. »

Dr Galam : « D'accord, donc là vous avez dit : « Oui, Oui c'est moi. » Vous en avez rediscuté. Point ? C'est tout ? »

FG8Int2 : « Et après on n'en a plus reparlé. Lui il a fait sa petite recherche. Il a récupéré les biologies. Ce n'est pas lui qui a fait la RMM parce que du coup il faut que ce soit quelqu'un d'extérieur à l'histoire. Après je n'ai plus trop su. »

Dr Galam : « Donc après, vous dites en avoir parlé à des co-internes, des amis ? »

FG8Int2 : « Notamment à une co-interne qui avait été un maillon. »

Dr Galam : « Ah d'accord, oui. Et alors comment ça s'est passé ? »

FG8Int2 : « Nous on en a parlé. On s'en parlait souvent quand on se croisait. On se demandait comment elle allait. Parce qu'on ne savait pas. J'ai su des semaines plus tard qu'elle avait survécu. Donc on se disait que quand même, on aimerait bien savoir. »

Dr Galam : « Et les échanges avec cette co-interne, qui est un maillon comme vous, étaient plutôt : rassurants, inquiétants, sécurisants ? »

FG8Int2 : « Non, c'était plutôt... Oui c'était plutôt rassurant je pense. Enfin, on essayait de se rassurer. (Rires) Enfin ça dépend parce que quand on se disait : « Si ça se trouve elle est morte. », on se stressait un peu. Mais du coup oui, on était toutes les deux dans la même situation. On avait à peu près réagi pareil. On avait eu le même rôle dans l'histoire. »

Dr Galam : « Et elle n'en a parlé à personne ? Vous savez ? »

FG8Int2 : « Je crois que c'est elle qui a fini par poser la question au chef... Enfin c'est elle qui a entendu dire qu'elle était vivante et qui me l'a dit. Mais elle n'a pas non plus été invitée à la RMM. »

Dr Galam : « Qu'est-ce que vous en retirez sur la communication là ? L'histoire est dure. »

FG8Int3 : « Oui. »

FG8Int2 : « Ce qui est bizarre c'est qu'il y avait quand même trois internes dans l'histoire. Moi, elle et celui qui était un interne des étages qui n'a pas... Qui a récupéré le bilan. Et je ne sais pas, on n'a jamais été sollicités directement. Juste au tout début de l'histoire quand on a découvert que les gastros l'avaient transférée pour la transplantation. Mais... »

FG8Int1 : « C'est dommage. On est les acteurs entre guillemets principaux de ce qui se passe dans les hôpitaux. On dit tout le temps qu'on est seuls avec les patients et que les PH se baladent et qu'on n'arrive pas toujours à les attraper. (Rires) Et on ne nous prend pas en compte. Moi j'ai cette sensation là. Pas qu'avec cette situation, il y a d'autres situations, d'autres erreurs beaucoup moins graves où l'infirmière te dit : « Ah mais moi je ne suis pas médecin. », quand tu demandes un avis parce que tu n'es pas très sûr. Du coup là, l'infirmière n'est pas médecin, mais les médecins chefs s'en foutent. Donc tu es au milieu. Tu as envie de dire : « Moi non plus ! ». (Rires)

FG8Int2 : « J'avais oublié dans mon histoire que l'infirmière qui était avec moi ce jour là aux lits-portes et qui était en burn-out total... enfin bon, elle, elle est toujours en burn-out. La souffrance au travail pour elle c'est difficile. Je lui avais demandé plein de trucs dans la matinée, parce que j'avais trop de patients et que c'était n'importe quoi. Donc elle commençait un petit peu à ne plus me supporter. En plus je lui ai demandé le bilan en fin de matinée. Qu'elle a fait une heure et demie plus tard. C'est aussi ça qui a contribué au fait que je ne le vois pas. C'était une jeune infirmière qui n'avait pas l'air très épanouie aux urgences. Et elle aussi, dans l'histoire, elle n'était pas bien. Elle avait fait le bilan tard... C'était compliqué... »

Dr Galam : « Ce qui est intéressant c'est que vous avez parlé avec le chef qui était très factuel finalement. C'est comme s'il regardait sur l'ordinateur un élément et puis c'est tout. Il n'y avait aucun échange. »

FG87Int2 : « En fait, pas avec nous. Je pense qu'il a été, lui, affecté et que du coup il était centré sur lui. Parce que c'est vrai que les seniors des urgences, l'erreur c'est... C'est vrai qu'ils sont très exposés. C'est difficile pour eux. Je crois qu'il est vraiment resté centré sur lui. Je l'entendais en parler à des chefs plusieurs fois, j'ai entendu : « Je n'ai pas mis le TP... »

Dr Galam : « D'accord. Comment ça se fait que vous ayez pu entendre ces discussions ? »

FG8Int2 : « Comme ça, de loin. Au bout de la table, au déjeuner. Et souvent il parlait de ce TP qu'il n'avait pas mis à l'arrivée et que maintenant il en mettait à tout le monde. Lui n'a pas réussi à s'intéresser à nous dans l'histoire. »

Dr Galam : « Oui, très intéressant. Merci c'est très riche là aussi. A vous alors, racontez nous. »

FG8Int4 : « Oh je ne sais pas si c'est très intéressant. »

Dr Galam : « C'est toujours intéressant. Allez-y. »

FG8Int4 : « Oui mais vraiment je n'ai pas de... »

Dr Galam : « Mais vous avez une histoire à raconter. Peu importe... »

FG8Int4 : « Oui bah celle que j'ai racontée ce matin... »

Dr Galam : « Et bien, redites la. »

FG8Int4 : « Mais c'est tout sauf intéressant. C'était un patient en gériatrie qui était hydraté . Quand j'ai arrêté le Lasilix, j'ai oublié d'arrêter le potassium et je l'ai retrouvé avec un potassium un tout petit peu trop élevé. Voilà. Fin de l'histoire. »

Dr Galam : « Il n'y a pas eu de conséquence ? »

FG8Int4 : « Aucune conséquence ! C'était moi et moi-même donc rien d'intéressant. »

FG8Int2 : « Ah si c'est intéressant ! »

FG8Int1 et 3 : « Ah si. »

FG8Int4 : « Mais il n'y a rien à dire. »

FG8Int1 : « Je ne sais plus qui avait parlé des pharmaciens, que quand tu fais trop d'erreurs de prescriptions en tant qu'interne et que les patients vont toujours à la même pharmacie et que le pharmacien dit « Ah mais celui là il est nul. Il s'est encore trompé. » Moi ça m'angoisse tellement. » (Rires).

FG8Int4 : « Au moins ils sont là pour t'appeler les pharmaciens. »

FG8Int1 : « Moi ils m'ont appelée deux fois. Et je me suis dit : « Voilà c'est bon, ils se disent que je suis nulle. » Alors que pas du tout, mais j'ai peur de ça. Du jugement. »

FG8Int3 : « Au moins ils t'appellent. Après on a tous peur hein. Je ne sais pas comment les gens sont sûrs d'eux. Parce que c'est vraiment impossible. »

FG8Int2 : « Mais sur ton histoire, effectivement les histoires informatiques c'est fréquent. Et même moi dans mon histoire, normalement quand le patient arrive aux urgences et que je demande un bilan hépatique, je clique selon « mon petit chemin de clics » habituels pour avoir un bilan hépatique complet avec TP alors que le jour où j'ai prescrit le bilan de ma patient sans mettre le TP, c'était sur des ordonnances écrites des lits-portes où je devais détailler moi-même. J'étais pressée et je n'avais plus mon « truc » de d'habitude. On fait vite et on ne voit pas ce qu'on fait. Donc c'est vrai que l'outil de prescription peut parfois être source d'erreur. »

Dr Galam : « Donc c'est quoi ? Une aide et une source d'erreur ? Parce qu'on s'habitue à ces aides ? »

FG8Int2 : « Oui, on ne voit pas le contenu de sa perfusion à cause d'un clic à faire en plus... C'est source d'erreur. »

Dr Galam : « Tous les outils ont leurs difficultés, leurs fragilités et ce ne sont pas les mêmes. »

FG8Int2 : « Oui voilà. »

Dr Galam : « Si on essaye de répondre un peu à l'analyse de vos erreurs, dans les grilles qu'on vous a présentées, il y en a qui seraient pertinentes dans vos cas ? »

FG8Int1 : « Dans mon cas ce serait plutôt les grilles de tempo, avec le tempo des médecins, le tempo de la maladie. Enfin un évènement aigu dans une maladie longue, avec un médecin qui ne contrôle pas vraiment le somatique et la panique. »

Dr Galam : « Donc l'erreur dans votre situation c'est quoi ? »

FG8Int1 : « Peut-être, je dirai, ce n'est pas sympa, mais laisser rentrer un médecin qui n'est pas dans son rôle de médecin. En fait je pense que quand le psychiatre est rentré dans cette chambre là, il n'était plus médecin. Il était

plus ami que médecin. Du coup, il avait quelques connaissances, pas toutes. Mais une personne familière de ces traitements n'aurait jamais poussé la seringue d'Hypnovel. Mais lui a cru qu'en faisant ça, il allait l'apaiser. Je pense qu'il n'était pas dans le bon rôle quand il est allé voir ce patient. Il faut savoir où sont nos limites en tant que médecin. Je me projette un peu dans cette situation de médecin généraliste qui connaît ses patients depuis trente ans. Puis on passe à l'hôpital parce qu'il y a une formation ou quelque chose et hop ! Madame Machin est hospitalisée. Je vais aller faire un petit coucou ou quelque chose comme ça. Je pense que ça rentre plus dans quelque chose de personnel. Même si je me vois la faire. Je ne sais pas ce que je ferai. Mais je me vois bien dans l'hôpital de campagne, passer voir mes patients. Mais il faudra que je me mette beaucoup de barrières pour rester le médecin. »

Dr Galam : « Donc là on voit qu'il y a l'erreur, l'analyse qu'on en fait et l'enseignement que vous en tirez pour vous en tant que personne. C'est très intéressant. Si on fait la même démarche pour les autres histoires ? »

FG8Int3 : « Il y a le tempo du médecin, le tempo du système et le tempo du patient. Je pense que c'est un problème de communication et l'erreur c'est de ne pas avoir cru en moi. Je ne sais pas très bien. »

FG8Int2 : « Avoir attendu l'assentiment du chef. Parce que toute seule tu aurais mis les antibiotiques. »

FG8Int3 : « Oui, après j'avais besoin de savoir quels antibiotiques donc j'aurais demandé quoi qu'il arrive. Et d'attendre l'aval d'un chef qui était légitime mais de s'imposer cela. Il aurait fallu que je le prenne en charge de suite mais c'est trop facile à dire après. Un défaut de communication, beaucoup de problèmes de communication dans mon histoire. Que ce soit avec le gastro, ma PH, moi, l'infirmière qui n'appelle pas l'interne de garde alors qu'il est fébrile. Plein de problèmes de communication je pense. »

Dr Galam : « D'accord, de système, d'organisation. Et qu'en retirez-vous pour vous ? S'affirmer plus ? »

FG8Int3 : « S'affirmer plus oui mais dès qu'on prend du grade en tant qu'interne ça va mieux. Mais avoir plus confiance en moi et... »

Dr Galam : « Vous parliez d'écrire dans les dossiers... »

FG8Int3 : « Ah oui ! Ecrire le nom du chef qui m'a donné l'avis ! »

Dr Galam : « Se protéger alors. »

FG8Int3 : « Ah oui se protéger ! Ca j'ai appris à me protéger. »

Dr Galam : « Mais bravo, c'est important. »

FG8Int3 : « Et d'ailleurs je le dis à tous mes co-internes maintenant. Cette histoire a fait le tour du service. (Rires) Parce que là je le vois encore en semestre de pédiatrie, on est vraiment seuls. Dès qu'il y a un souci, les pédiatres ne sont pas là pour nous protéger. Donc je trouve qu'on est très seuls dans notre métier et c'est ce qui est dommage parce qu'on devrait être encadrés. On est encore en formation. »

Dr Galam : « C'est dommage pour les patients. Et pour vous. »

FG8Int3 : « Oui pour nous. Parce que quand on a une erreur comme ça on prend un coup. Dans notre formation, on n'est pas... C'est bien de faire ce cours d'ailleurs parce que quand on est médecin on n'est pas... Enfin, c'est le summum. On ne fait jamais d'erreur. Au contraire ce n'est pas du tout le cas. Et je pense qu'il faut vraiment plus prendre en compte ces erreurs médicales. Le ressenti en tant que médecin... Alors il y a la victime, le patient mais il y a aussi le médecin qui est derrière. Et la deuxième victime c'est nous. On est seul en salle sans PH, et quand il y a un souci c'est pour nous quoi. »

Dr Galam : « Et vous votre histoire, si on essaye de faire une analyse ? »

FG8Int2 : « Il y a le système, sur le thème trop de monde, trop de surmenage, trop de personnes impliquées sur le même patient. Il y a le tempo maladie un peu parce que c'est une jeune fille qui a fait une hépatite fulminante alors que toutes les sérologies étaient négatives donc il s'est passé un truc qui n'est pas habituel. Le tempo médecin oui. On n'a pas pensé au TP aussi. Je n'en vois pas d'autre. »

Dr Galam : « Quels enseignements vous en tirez alors ? »

FG8Int2 : « Après j'ai dû prescrire un petit peu trop de TP. » (Rires)

FG8Int2 : « J'aurais voulu avoir plus le courage d'aller discuter avec les chefs, oser davantage, demander... Demander aux chefs ce qu'ils en pensaient, même concernant ce que moi j'avais fait. Peut-être essayer de m'inviter à la RMM. J'aurais peut-être plus dû aller voir mes chefs si eux ne venaient pas me voir. En plus ils étaient gentils. J'aurais pu y aller mais je n'ai pas osé. Ca c'est un peu dommage. Je pense que la prochaine fois, enfin j'espère qu'il n'y en aura pas mais j'essaierai de plus aller discuter avec eux. Parce que s'ils ont fait une RMM c'est qu'il n'y avait pas un tabou énorme. J'aurais pu le faire. Je n'ai pas fait l'effort. »

Dr Galam : « Et vous ? »

FG8Int4 : « Et bien je pense que c'est un problème d'organisation. »

Dr Galam : « D'organisation de ? »

FG8Int4 : « D'organisation et puis de logiciel et puis... Voilà ! »

FG8Int1 : « C'est comme dans les renouvellements de médicaments en cabinet. Avec vingt personnes qui attendent derrière, une suspicion de phlébite en même temps. On fait vite et après on se dit qu'on a peut-être mal fait quelque chose. Ton cerveau continue à travailler à côté et c'est après que tu te dis : « Là j'ai peut-être fait une erreur. »

Dr Galam : « Qu'est-ce qui pourrait-vous aider dans ce type de situation ? Que les chefs fassent leur boulot de chefs et qu'ils soient vraiment corrects. Quoi d'autre pour améliorer un peu votre vie professionnelle ? »

FG8Int1 : « Moi je pense qu'on devrait être vus par des psychologues. Au moins une fois par semestre. »

FG8Int2 : « On ne nous l'a jamais proposé. »

Dr Galam : « Systématiquement ? »

FG8Int1 : « Oui, oui ! Systématiquement. »

FG8Int3 : « On ne nous a jamais proposé depuis l'externat de voir un psychologue. Jamais. »

Dr Galam : « Mais à titre systématique, pas que en en situation d'erreur ? »

FG8Int1, 3 et 2 : « Ah oui, en général. »

Dr Galam : « Pourquoi ? »

FG8Int1 : « Parce qu'on se sent seul, on est face à beaucoup de responsabilités. On est jeune. Je pense que c'est quand même super dur, il y a beaucoup de choses qui se passent. On est laissé seul avec nous même. En plus, au niveau familial, je ne sais pas comment c'est chez vous mais c'est quand même assez difficile d'en parler. De dire « Ouf je n'en plus. » Parce que dans ce cas tes parents te disent : « Mais tu es médecin ! » Ils sont super fiers de toi. Du coup tu ne peux pas dire : « J'ai merdé. » Tu ne peux pas le dire. Ca ne rentre pas dans... »

FG8Int3 : « C'est ce que je disais. Ca ne rentre pas. Les médecins sont infailibles ! »

FG8Int2 : « Ca leur fait trop peur ! On ne peut pas leur parler des erreurs, ça leur fait trop peur. »

FG8Int1 : « Du coup, parler avec quelqu'un, avec un psychologue qui nous donne des techniques. Je n'en sais rien. Mais systématiquement. Parce que sinon on ne le fera pas parce qu'on n'a jamais le temps ! Parce que déjà la visite médicale on ne l'a jamais eue. »

Dr Galam : « Vous aimeriez avoir ça tous les combien ? »

Ensemble des internes : « Une fois par semestre. »

Dr Galam : « Ca vous semble bien à tous ? »

FG8Int1 et 3 : « Ah oui ! »

Dr Galam : « Vous iriez ? »

FG8Int2 : « Ah oui ! Moi j'irai ! » (Rires) Ca devrait limite être obligatoire. »

Dr Galam : « Ah oui ? »

FG8Int3 : « Oui ! Obligatoire. »

FG8Int4 : « Non moi je ne dirai pas obligatoire. Moi je n'ai pas d'histoire ... Enfin... »

Dr Galam : « Mais on sait tous très bien que vous les gardez pour vous. » (Rires)

FG8Int4 : « Non pas du tout. »

Dr Galam : « Alors c'est que vous êtes trop forte. » (Rires)

FG8Int4 : « Non c'est que je n'ai eu que des stages super encadrés. Je n'ai jamais été seule, j'ai toujours été encadrée. Je n'ai jamais eu de merde. »

FG8Int3 : « Oui mais tu as déjà dû avoir des périodes difficiles ou tu es surmenée ? »

FG8Int4 : « Ah oui ! Mais pas avec une erreur médicale. Ou sans conséquence. Parce que j'ai toujours été hyper encadrée. Il ne s'est jamais rien passé puisque je n'étais jamais seule. »

FG8Int1 : « Mais quand tu fais deux gardes par semaine. Moi je suis à bout au bout d'un moment. Et je pense que ça serait bien d'en parler avec quelqu'un d'extérieur. »

FG8Int2 : « Je pense que ça serait bien aussi pour les patients. Parce que même ceux qui n'ont pas envie de parler. Ne serait-ce que juste faire l'effort d'avoir au moins un début de quelque chose avec un psychologue. Je veux dire qu'un chirurgien voit un psychologue de temps en temps ça serait super bien pour les patients. »

(Rires)

FG8Int4 : « Moi je ne suis pas contre. »

FG8Int2 : « Je pense que ce serait bien mais il faudrait nous habituer dès le début. Parce que tout d'un coup, nous dire d'y aller, ça serait un peu difficile. Mais nous habituer dès le début. »

FG8Int1 : « Se dévoiler c'est assez difficile. »

FG8Int3 : « On éviterait comme ça des burn-out. Je vous rappelle que les burn-out chez les internes ça existe. »

FG8Int1 : « Oui, pour un dépistage. »

FG8Int3 : « Oui quand on voit ce qu'il se passe... »

FG8Int1 : « Il y a un suicide par semestre. On n'est pas dépistés. On est laissés dans la merde. »

FG8Int2 : « Déjà les gardes, juste le fait de repenser aux gardes et au téléphone qui sonne, tu sais cette angoisse... »

FG8Int4 : « Mais moi dans mes stages en hôpitaux, je me dis que j'ai de la chance, je ne me suis jamais retrouvée seule. Ou alors si une fois oui. »

FG8Int3 : « Ah mais moi je n'étais pas seule dans mon histoire d'erreur tu sais. »

FG8Int4 : « Tu peux être stressée même quand tu n'es pas seule. »

FG8Int3 : « Je n'ai pas stressée, j'ai juste demandé un avis et tu vois le résultat. »

FG8Int1 : « Moi j'ai voulu être aidée, parler, mais je n'ai pas eu de réponse. »

FG8Int2 : « Et quand la réponse ne te satisfait pas ? Tu n'es pas sûre de toi et tu demandes. Et là tu te retrouves obligée d'appliquer un truc qui te dérange. Ca te pèse ? »

FG8Int4 : « Oui mais si tu as demandé... »

FG8Int2 : « Oui d'accord tu le fais. Mais c'est quand même stressant. »

FG8Int4 : « Oui mais si tu n'es pas sûre de toi, tu demandes. A quelqu'un de plus expérimenté. Donc tu en tiens compte. Sinon tu es sûre de toi et tu n'as pas besoin. »

FG8Int3 : « Regarde pour l'alcoologue. Il était censé être plus expérimenté. »

FG8Int4 : « Oui mais est-ce que c'est une erreur. Ou est-ce que c'est une erreur volontaire ? »

FG8Int3 : « Moi j'ai demandé un avis à une chef plus expérimentée. Mais c'est malhonnête dans l'histoire. »

FG8Int2 : « Oui c'est malhonnête ! Mais est-ce qu'elle n'aurait pas oublié, honnêtement ? »

FG8Int3 : « Non. »

FG8Int2 : « Non c'est impossible ? »

FG8Int3 : « C'était il y a deux semaines. Et c'est la façon de faire. Elle était très... sèche. »

FG8Int2 : « Ah oui je vois. »

FG8Int3 : « C'était une chef antipathique par excellence. »

FG8Int1 : « On veut aussi que le senior... On met beaucoup d'espoir dans les seniors. Mais on oublie que les seniors aussi ont leurs problèmes personnels. »

FG8Int3 : « Oui, c'est vrai. Mais ils sont seniors. »

FG8Int2 : « Mais il y a beaucoup de chefs, par exemple je parle des urgences, tu leur présentes ton patient, tu te dis : « Il ne m'a pas écoutée ». Il te dit de faire ça et après te dit : « Aaah mais pourquoi tu fais ça ? » Parce qu'il a oublié que tu lui as dit tel ou tel antécédent.

Mine de rien, il ne peuvent pas être à 100% tout le temps, et enregistrer tout ce que tu leur dis. »

FG8Int1 : « Pour en revenir au psychologue, je pense qu'il faut que ce soit obligatoire. Comme les rendez-vous chez le tuteur. »

FG8Int3 : « Exactement. »

FG8Int1 : « Une journée faite pour voir le psychologue. Et si tu veux tu lui dis : « Je n'ai pas besoin de vous. » Les gens qui ne veulent pas y aller c'est comme ils veulent. »

FG8Int2 : « Une visite systématique dans l'année. Comme la médecine du travail. La blague ! »

FG8Int3 : « Comme la fameuse visite du travail que les étudiants doivent avoir mais qui n'existe pas. »

FG8Int1 : « C'est drôle. Moi je suis espagnole. En Espagne, quand on commence l'internat on a une vraie visite avec médecin du travail, psychologue. Ce n'est pas le PH que tu as connu en stage qui te signe le papier dans le couloir. Tu as vraiment une visite. »

FG8Int3 : « On ne vérifie même pas nos vaccins. Je te rappelle quand même il y a 1% de schizophrènes dans chaque promo. »

FG8Int1 : « Oui ! »

FG8Int3 : « Il ne faut pas l'oublier. Et moi je peux te dire que j'en connais. »

FG8Int1 : « Il faudrait faire un test psy, vérifier les vaccins. »

FG8Int3 : « Mais voir un psy surtout. Il y en a des internes « psy ». Qui sont pathologiques. »

FG8Int1 : « Attends, quelqu'un qui passe la P1. Il n'est pas normal par définition. » (Rires)

FG8Int3 : « Tu te souviens de l'interne « psy » qu'on avait dans notre promo ? »

FG8Int2 : « Oui. Et ce n'est pas dépisté. »

FG8Int1 : « En médecine, il y en a beaucoup qui ont des problèmes psy. Des hypochondriaques, des narcissiques. Moi je connais au moins deux personnes qui en Espagne se sont fait rejetés. »

FG8Int2 : « Je trouve que c'est une très bonne solution. Ou les orienter vers une spécialité médicale adaptée. »

FG8Int4 : « Une spécialité où ils ne voient pas de patients. »

FG8Int3 : « L'éventail est quand même assez large pour pouvoir leur proposer quelque chose. »

FG8Int1 : « Eux ils sont passés en biologie. »

FG8Int3 et 2 : « Voilà. »

FG8Int1 : « Ils leur ont dit qu'il ne pouvaient pas voir de patients. Ce n'était pas possible. Il y en a un qui était Apserger. On le savait tous. Mais il avait une empathie à zéro. On le savait et c'était un des meilleurs à la fac. Il aurait pu être cardiologue ce mec là. Mais à la visite de pré-travail non. »

FG8Int2 : « C'est difficile je trouve de décider de ça dans un entretien. »

FG8Int3 : « Oui mais si c'est une journée dédiée, tu as le temps de faire plusieurs entretiens. »

FG8Int1 : « Tu n'es pas vu que par une personne. Il y a plusieurs personnes qui en discutent. »

Fin du temps imparti

Entretien individuel 1. Durée : 41 minutes.

Ind1 : « Je ne sais pas si j'ai fait une vraie erreur ou pas. C'était mon précédent stage, donc en deuxième semestre aux urgences. C'était en plein été, il y a une patiente qui arrive. Elle vient pour des cervicalgies très importantes. Donc elle avait très mal : « Aaah j'ai mal ! J'ai mal ! » Très expressive. Elle m'explique qu'elle a eu un accident de voiture un an auparavant. Elle a eu une sorte de coup du lapin. Sur le moment, ils ont fait des radios, tout ça. Il n'y avait pas de souci, mais depuis elle a toujours mal. Donc ça fait à peu près huit mois qu'elle a toujours mal au cou. Quand elle tourne ça fait un torticolis un peu chronique. Donc elle a vu son médecin traitant qui lui donne des médicaments, de la kiné, tout ça... Mais ça ne disparaît pas. Des fois c'est un peu plus aigu, des fois ça se calme un petit peu. Donc là elle dit : « J'ai très mal ! Je ne peux plus bouger le cou ! Je suis bloquée ! » Donc elle avait mis sa minerve. Elle avait très mal, elle en pleurait.

Je l'examine, je vois que, vraiment, elle a mal. Je fais un examen neurologique pour voir si elle n'a pas de problème au niveau du cou. Elle n'avait pas de déficit moteur, elle pouvait bouger les bras complètement. Elle n'avait pas de paresthésie. Elle ne pouvait pas bouger le cou mais c'était strictement localisé là. Ça descendait un petit peu sur le côté, donc je me dis que ça faisait un peu névralgie cervico-brachiale un peu tronquée.

Je la soulage avec des anti-inflammatoires, des antalgiques, etc. Je retourne la voir quelques temps après : ça allait un petit peu mieux mais elle avait encore un peu mal. Je lui explique que ça dure longtemps, qu'il faut du repos, que ça va passer mais qu'elle retourne voir son médecin traitant, parce qu'en effet ça n'est pas normal qu'elle ait toujours mal au bout de huit mois. Qu'il faudra peut-être faire des clichés dynamiques, un scanner, quelque chose... qu'il n'y a pas d'urgence absolue mais qu'il faudra peut-être pousser les explorations. Donc elle n'était pas très contente, elle dit : « Je veux passer le scanner maintenant ! Il est hors de question que je sorte sans ! » Je lui explique : « Non, on ne peut pas faire un scanner maintenant, il n'y a pas de raison. Là, votre cou est bloqué, vous êtes toute tendue. Il faut des décontractants, des anti-inflammatoires, etc. Mais ça va se calmer. La phase aigüe va se calmer, mais il faut voir votre médecin traitant pendant la phase chronique. » Elle n'est pas contente du tout : « Je veux passer mon scanner maintenant ! Je le veux ! J'exige ! » Je lui explique qu'ici c'est les urgences. « Vous ne pouvez pas. » Et je lui dis clairement : « Non, il n'y a pas de scanner. » Elle me dit : « Donnez moi une ordonnance pour faire le scanner ! »

Je lui dis : « Moi je ne connais pas votre histoire au niveau du cou. Je ne sais pas ce qui a déjà été fait comme radio. Voyez ça avec votre médecin traitant, c'est lui qui vous suit depuis l'accident, il vous connaît bien. C'est lui qui verra s'il faut faire un scanner, et si oui, quel type. Ou s'il faut plutôt faire une IRM ou quelque chose comme ça. » Donc, pas contente du tout, elle repart chez elle.

Deux mois après, j'étais aux urgences encore. La secrétaire des urgences vient me voir et me dit : « Il y a une ancienne patiente que tu as vue, il y a deux mois et qui veut te revoir. » Je dis : « Ah bon... c'est quoi cette histoire ? » Elle me dit : « Oui, tu l'as vue il y a deux mois. Elle n'est pas contente de la prise en charge que tu as faite. Donc elle veut te voir pour en discuter. » Bon... Je regarde vite fait son nom sur l'ordinateur. Je regarde mon observation. Je me souviens de la dame qui était un peu « relou » quand même, parce qu'elle râlait beaucoup, elle s'exprimait vraiment très fort, etc. Donc je retourne la voir dans le bureau de la secrétaire et là, à peine j'ouvre la porte, elle me dit : « Oui, c'est inadmissible ! Vous êtes une incompetente ! Vous avez fait n'importe quoi quand on s'est vues ! » Je me suis sentie agressée, elle ne m'a même pas dit bonjour. Je lui dis

bonjour, j'essaie de calmer un peu les choses. Je ne suis pas du genre à m'énerver donc je lui parle plutôt calmement. Elle m'explique la suite : « Le lendemain du jour où je vous ai vue aux urgences, je suis allée voir mon médecin traitant qui a trouvé que c'était inadmissible ce que vous aviez fait. Il m'a prescrit une IRM. Je l'ai faite le jour même, en urgence qui a montré une compression médullaire cervicale ! » Moi je n'avais pas l'examen, pas de compte-rendu donc j'étais obligée de la croire. « J'ai été opérée en urgence. » Effectivement, elle avait la grosse cicatrice de laminectomie ou je ne sais pas ce qu'ils avaient fait. En tous cas, ils avaient décompressé, elle devait avoir un début de compression. « C'est inadmissible, vous êtes passée à côté du diagnostic, vous avez refusé de me faire un scanner en urgence, vous avez refusé de m'en prescrire un ! J'aurai pu rester paralysée à cause de vous ! C'est inadmissible ! Vous êtes incompétente ! » Enfin, vraiment je me suis sentie terriblement agressée.

Moi dans ma tête, pendant qu'elle me disait ça, j'essayais de repenser à quand je l'avais vue et je me disais : « Mais non, elle pouvait bouger, elle n'avait pas de compression médullaire, moi quand je l'ai vue ! Quelqu'un qui a un début de compression, il a forcément d'autres signes que la douleur : des paresthésies, des troubles moteurs... enfin, d'autres choses... donc je me disais mais non ! Je ne me suis pas trompée. Mais si ça se trouve je l'ai mal examinée, je suis peut-être passée à côté d'un signe que je n'ai pas vu. »

Le ton montait parce que moi j'essayais de me défendre en disant : « Regardez votre compte-rendu, je vous ai examinée, il ne parle pas de compression, je n'avais pas d'anomalie qui disait qu'il pouvait y avoir une compression. » ; « Oui mais quand-même, vous m'avez sûrement mal examinée : C'est n'importe quoi ! Moi je vais porter plainte ! Ca ne va pas se passer comme ça ! » Le ton montait vraiment, elle était assez agressive avec moi. Moi j'étais très mal à l'aise parce que je ne savais pas si j'avais fait une erreur, j'essayais de réfléchir à si j'en avais fait une... Je commençais à culpabiliser en me disant que si j'avais fait une erreur, ça pouvait être grave, qu'elle allait porter plainte, j'imaginai les conséquences. Mais de l'autre côté, je me disais : « Non, tu n'as pas fait d'erreur. Regarde ton observation, quand tu l'as vue, il n'y avait pas de compression médullaire. Objectivement, il n'y en avait pas donc je n'ai pas pu me tromper. » C'était vraiment l'ambiguïté entre « j'ai fait une erreur » et « non, je n'en ai pas fait ». Et je pense qu'elle a dû le sentir, elle a dû en profiter. Elle a dû voir que je n'étais pas moi-même et que je doutais de moi-même et du coup elle a commencé à m'asséner, etc. Je lui disais : « Il n'y avait pas de signe de gravité. » Et elle me répondait : « Mais si c'était grave ! Vous n'imaginez pas ! Ca ne va pas se passer comme ça ! C'est n'importe quoi ! De toute façon, je ne veux plus vous voir ! Ca ne va pas se passer comme ça, je vais en parler à vos supérieurs ! » Elle devenait limite insultante et je commençais à sortir de mes gonds, ce que je ne fais pas habituellement. A la fin, elle m'a dit : « Partez ! Je ne veux plus vous voir ! » Et j'ai répondu : « Je m'en vais ! Et j'ai claqué la porte ! » Ce qui n'est pas du tout le genre de réaction que je peux avoir, je suis plutôt calme. J'ai claqué la porte, je suis sortie dans le couloir et j'ai crié « Conasse ! » Il n'y avait personne, mais ça m'a soulagée de le dire parce que vraiment je l'ai sentie malpolie avec moi. Et en plus je sentais qu'elle profitait de la situation de « faiblesse » que je pouvais avoir.

Dans le bureau d'à côté, il y avait un médecin qui entendait ce qui se passait mais qui n'a pas voulu interférer parce qu'il ne savait pas ce qu'il se passait, qu'il ne connaissait pas la patiente. Donc je sais, qu'après, il est allé revoir la patiente, essayer de calmer les choses. Lui est beaucoup plus âgé, donc beaucoup plus d'expérience, il sait parler. Il a calmé les choses, rassuré la patiente. Après il est venu me voir pour me dire : « Ne t'inquiète pas, elle est « folle », enfin elle exagère vraiment ce qu'elle raconte. Toi si tu as dit qu'il n'y avait pas de compression médullaire, tu ne pouvais pas le savoir. Ca a pu s'aggraver pendant les jours suivants. Tu ne pouvais pas le prédire au moment des urgences, tu n'avais pas du tout à lui faire le scanner en urgence. Tu as eu raison. Maintenant, tu aurais peut-être dû donner l'ordonnance pour aller faire un scanner en urgence. Maintenant c'est la seule chose qu'on aurait pu entre guillemets te reprocher. » Je l'ai mal vécu sur le moment, et j'ai mal réagi. Je n'aurais pas dû, je pense, réagir comme ça. Mais quand on est sûr d'avoir fait une erreur, on sait s'excuser. J'ai essayé de m'excuser auprès d'elle mais ça n'était pas des excuses... naturelles. Parce que, pour moi, je n'avais pas fait d'erreur donc je lui ai dit : « Je suis désolée de ce qui vous arrive. » mais ça n'était pas des excuses comme « Désolée, je me suis trompée... » Donc c'était vraiment l'ambiguïté. Et puis ça m'a travaillée les jours suivants de me dire que je passe à côté d'une compression médullaire qui est potentiellement grave.

J'en ai parlé avec mes co-internes qui n'avaient pas assisté à la scène mais qui m'ont tous dit : « Oui elle a l'air folle. » Donc ça n'est pas ça non plus qui m'a rassurée ! J'aurai voulu qu'on me rassure à ce moment sur mon examen. Parce qu'aucun senior n'avait examiné la patiente, ils me faisaient confiance et je ne pense pas que je me sois trompée. Mais... Voilà. »

Investigatrice : « Tu dis que tu aurais plutôt voulu être rassurée sur ton examen clinique ? »

Ind1 : « Oui parce que quand je l'ai vue, elle pouvait bouger les bras dans tous les sens. Il n'y avait pas de paresthésie. Donc je me suis dit : « Est-ce que j'aurais dû examiner centimètre par centimètre, les bras, les côtés, examiner les jambes aussi. Est-ce que j'aurais dû faire un examen neurologique beaucoup plus poussé, est-ce que j'aurais dû appeler le neurologue ? »

Est-ce que j'aurais dû faire plus pour rechercher ça ? » Mais quelqu'un qui bouge quand-même le cou pour moi ça fait... ça fait vraiment post-traumatique. En effet, elle devait avoir une hernie apparue un peu plus tard. Mais c'est plus sur mon examen clinique que j'aurais aimé être rassurée rétrospectivement. Même si je ne pense pas avoir fait d'erreur... Mais s'il y avait un senior qui l'avait examinée en même temps que moi et qui avait mis un

mot dans le dossier genre « pas de signe de gravité », je pense que j'aurai été plus à l'aise avec elle sur le moment. J'aurais pu lui dire : « On est deux à vous avoir examinée, on ne s'est pas trompés. » Mais là c'est le rythme des urgences, il y a du monde. Forcément on se dit qu'on peut faire des erreurs, ça arrive à tout le monde. »

Investigatrice : « Il y a eu des suites après ça ? Tu as revu la patiente ? »

Ind1 : « Non, je me suis dis qu'il y allait avoir un dépôt de plainte. Mais non, là ça fait six mois. Il n'y a rien eu donc je ne pense pas... Elle a été opérée, j'espère qu'elle a oublié. Mais j'avais peur qu'il y ait des poursuites quand même. S'il y avait eu des poursuites, je ne pense pas forcément que ça aurait mené à quelque chose parce que j'avais bien marqué clairement « pas de déficit moteur ou sensitif ». Je n'avais pas marqué clairement « pas de signe de compression médullaire », pour moi c'est à peu près la même chose. »

Investigatrice : « Tu dis bien que cela fait six mois, est-ce que tu appréhendes encore d'en entendre reparler ? »

Ind1 : « Je ne pense pas à la situation en elle-même mais je me dis que je dois faire plus attention maintenant à mes examens cliniques. Que je ne me dise pas : « C'est bon, elle peut bouger, il n'y a pas de problème. » Que je fasse plus attention. Quelques semaines après j'ai eu un papi, qui venait pour fièvre, toux, enfin tout le tableau de la pneumopathie. Il est arrivé sur son brancard, il toussait, il crachait donc je n'ai pas fait aux urgences un examen hyper détaillé, j'avais un foyer à la radio, etc. Et je le monte dans un service, et dans le service, ils m'appellent : « Il ne peut plus bouger les jambes, qu'est-ce qui passe ? Tu l'as vu aux urgences ? » Et là je me dis : C'est une blague ! Moi il ne m'avait pas dit qu'il ne pouvait pas bouger les jambes. Je ne l'ai pas mis debout parce que je n'avais pas de raison. Lui, il était question qu'il avait peut-être une compression médullaire... Sur quoi, je n'en sais rien. J'ai un peu suivi l'histoire donc je crois que ça s'est amélioré dans le temps. Du coup, ça fait deux fois ! Deux fois, une histoire de compression médullaire ! Du coup, je fais peut-être plus gaffe à cette situation en particulier. En règle générale, mon examen clinique maintenant, je préfère être sûre de bien le marquer dans mon observation pour me couvrir entre guillemets. Qu'après je sois rassurée par mon observation plus tard, si jamais il y a des soucis. »

Investigatrice : « Qu'as-tu pensé de la façon dont tu en as parlé avec tes seniors, tes co-internes ? Comment ça s'est passé ? »

Ind1 : « Moi j'étais contente que ce soit le senior qui vienne m'en parler. Après j'avais autre chose à faire donc je ne suis pas retournée le voir pour en parler. Mais je suis contente que ce soit lui qui soit venu m'en parler parce que je n'y serais peut-être pas allée spontanément un autre jour. Et dans ce genre de situation, c'est difficile d'aller voir un senior, de lui en parler à moins que ce soit quelque chose de vraiment grave qui ait eu des conséquences. Là je savais que ça allait mieux donc ça me faisait relativiser. Du coup, parler aux co-internes, qu'on voit tous les jours, plus accessibles parce qu'on déjeune avec eux, ça a été un moyen de me rassurer en premier. Et puis le senior, en plus, qu'il me rassure, qu'il me dise : « Tu n'as pas fait d'erreur, elle exagère beaucoup, ne t'inquiète pas. » Ça a été quand même bien qu'il m'en parle. »

Investigatrice : « S'il n'était pas venu vers toi, penses-tu que tu serais allée de toi-même vers un de tes seniors ? »

Ind1 : « Je pense que je serais quand même allée voir ma tutrice. On avait un système de tuteur dans le stage. J'en aurais parlé un jour ou l'autre, comme ça, en la croisant. Elle nous demandait de temps en temps si ça allait, si on voyait des choses intéressantes. Je pense que j'en aurais débriefé avec elle, surtout pour me rassurer et pour qu'elle me donne éventuellement des conseils pour l'avenir. Qu'elle me dise : « Dans certaines situations, n'hésite pas à consulter un senior. » Ce que j'aurais peut-être dû faire parce que c'est vrai qu'elle était très symptomatique mais on n'allait pas faire grand-chose à part la soulager. On n'allait pas l'opérer. »

Investigatrice : « Pourquoi tu trouves difficile d'aller en parler ? »

Ind1 : « Déjà, les urgences en elles-mêmes : manque de temps, pas forcément d'occasion. Les seniors s'occupent souvent des cas très graves, nous un peu moins graves. Ce n'est pas forcément le moment d'aller les voir quand ça arrive. De deux, ils ne sont peut-être pas tous accessibles. Là où j'étais ils étaient très bien. Il n'y avait pas de problème pour en parler. Et puis, la question de savoir s'ils allaient être totalement objectifs aussi. Leur but c'est de nous rassurer, c'est ce que je recherchais surtout : d'être rassurée ! Mais est-ce qu'ils sont tous aussi partiels ? Est-ce qu'ils auraient été totalement objectifs ? Mais en tous cas, je pense que s'il n'était pas venu me voir, je serai allée voir quelqu'un. »

Investigatrice : « Tu ne souhaitais pas seulement être rassurée si je te comprends ? »

Ind1 : « Je n'attendais pas complètement qu'on me dise : « Non, mais c'est très bien. Tu as bien fait, ne t'inquiète pas. Elle est complètement dingue, tu as eu raison, regarde, tu as marqué ça... N'y pense plus ! » Je n'avais pas qu'envie de ça, j'avais envie d'en tirer des enseignements, quelque chose, quitte à entendre la vérité, entre guillemets. Là je n'avais pas fait de vraie erreur mais je préférais qu'on me dise, comme il a fait : « Là tu aurais dû lui dire ça, donner un scanner » ou « Tu aurais dû demander à un chef un avis. » Voilà, je préférerais qu'on me dise clairement les choses et peut-être que tous les seniors ne sont pas comme ça, ou qu'ils cherchent à

rassurer et pas forcément à en tirer des enseignements. Je pense que c'est mieux quand ils nous disent clairement les erreurs qu'on a faites et pas seulement nous rassurer. »

Investigatrice : « Et avec tes co-internes ? »

Ind1 : « J'en ai parlé sur le moment, je ne suis pas trop rentrée dans les détails. Je leur ai surtout raconté la façon dont elle avait été agressive avec moi et la façon dont ça m'avait blessée et mise mal à l'aise. J'en ai discuté avec mon copain qui est aussi en médecine. Donc c'était un avis aussi extérieur qui a compris l'histoire et qui m'a rassurée. Les co-internes, c'était plus... Je ne vais pas dire que ça les amuse mais on aime bien se raconter ce genre d'anecdotes, après ils rassurent. Eux par contre, pour le coup, je ne pense pas qu'ils aident à en tirer des enseignements positifs. C'est plutôt : « Ne t'inquiète pas, ça va. » On en rigole, mais à la différence des seniors, on n'en tire pas de conséquences pratiques, d'enseignement. »

Investigatrice : « Est-ce que quelque chose t'as manqué dans ces échanges ? »

Ind1 : « Je pense que j'aurais peut-être aimé, comme il était dans la pièce d'à côté, qu'il intervienne au moment où le ton montait, qu'elle commençait à devenir agressive et insultante envers moi. Peut-être que ça s'entendait, je ne sais pas. Mais moi je me voyais de l'extérieur hyper mal à l'aise et pas sereine dans mon discours. Et peut-être que, là, j'aurais aimé qu'il intervienne. Pas en me défendant, parce que je voulais y arriver toute seule, mais en disant de baisser le ton, remettre les choses à plat. Je pense que c'est la principale chose. Et peut-être qu'il y ait quelqu'un qui réexamine la patiente le premier jour. Mais ça c'est généralement quand, nous, on demande ou quand il y a un cas très grave, mais les chefs ne repassaient pas toujours derrière nous. Trop de patients, pas assez de chefs, pas assez de temps. »

Investigatrice : « Aurais-tu eu besoin de parler davantage de tes sentiments personnels ? »

Ind1 : « Je ne me serais peut-être pas livrée complètement à mon chef ou mes co-internes, à moins que je n'ai de vrais amis parmi eux. Mais je l'ai peut-être plus fait avec mon copain qui lui, en plus, est dans la médecine et qui comprend. Mais dire : « Là, j'ai fait n'importe quoi, je ne me sens pas bien. » Parler profondément de ce qu'il y a au fond de soi, ce n'est pas évident devant un inconnu qu'est le chef. Même s'il est très à l'écoute, les vrais sentiments, je pense que c'est que avec les vrais amis, le copain, la famille... Ce n'est pas facile avec un « étranger ».

Investigatrice : « Est-ce que tu as des idées, des améliorations pour la communication dans ces cas d'erreurs médicales avérées ou supposées ? »

Ind1 : « Je pense que dans mon service, le système de tuteur était bien. En tous cas, ma tutrice était très bien parce qu'elle nous demandait régulièrement, 2-3 fois dans le stage, comment ça allait, si on avait eu des soucis. Donc je pense que ça c'est bien parce que c'était la personne privilégiée à qui parler en cas de problème. Elle n'avait que 3-4 internes sous sa responsabilité. Donc je pense que c'était bien ce système. Après, il n'y avait pas les RMM ou de moment pour débriefer mais peut-être que ça vaut le coup. Pour mon histoire, je ne pense pas. Mais on a tous eu des cas un peu difficiles, on en a tous parlé avec les autres internes, on a tous culpabilisé pour ça. Tous les matins, il y avait un staff donc peut-être demander : « Est-ce que hier vous avez eu des soucis ? Oui / Non. Si oui, lesquels ? » Même devant plusieurs personnes, les infirmières, les cadres et tout ça. Ça permettrait d'avoir un avis plus objectif et peut-être de clore l'histoire. Ensuite ça dépend des chefs. Au niveau de l'engagement auprès des internes, ça change selon les services, les hôpitaux. Ceux qui n'en ont rien à faire des internes, c'est sûr qu'ils ne vont pas s'intéresser à nos erreurs. Sauf si c'est une grosse erreur qui touche à la réputation du service. S'ils ne sont pas déjà engagés auprès des internes, on ne peut pas les sensibiliser. Ensuite c'est tout bête mais ceux qui mangent avec les internes sont forcément plus proches que ceux qui ne mangent pas avec les internes le midi. Ceux qui font le plus d'erreurs c'est peut-être nous, parce qu'on est plus jeunes, on manque d'expérience. Et ils devraient peut-être plus savoir qu'il ne faut pas vraiment nous « surveiller » mais être attentifs et réceptifs en cas de problème, qu'ils puissent écouter et répondre à nos questions. »

Investigatrice : « Quand tu parles de l'idée de débriefer au staff, penses-tu que si les chefs parlaient de leurs erreurs, ça aiderait les internes ? »

Ind1 : « Ah oui ! Ça arrive des fois. On entend forcément parler d'erreur. Mais de savoir qu'on est tous égaux devant l'erreur même si peut-être qu'avec le temps on en fait moins. C'est bête mais peut-être que d'entendre le chef de service dire : « Je n'aurais pas dû faire ça. » Ça va peut-être plus l'humaniser déjà et nous rassurer quand on fait des erreurs. Mais on peut se dire que ça peut arriver à tout le monde et relativiser un petit peu. Ça peut être bien de savoir que les plus vieux que soit font des erreurs quand même. Et puis après, je trouve que, déjà, le cours qui est fait à la fac est bien. Parce qu'on a tous raconté, en petits groupes, l'histoire et à force de la raconter c'est bien d'avoir un regard extérieur, des critiques négatives ou positives. Et on devait aussi faire une trace. Ça aussi, le fait de faire une trace, je ne veux pas dire obligatoire, mais ça peut être une idée. Parce que l'erreur médicale, on y est tous confrontés à des degrés de gravité différents. Mais on a tous une anecdote où on a douté de soi, ou où on a fait une faute. Je pense qu'on peut en tirer des enseignements parce que rien que le fait d'écrire la trace... l'histoire, c'est bien... mais d'écrire sur papier les sentiments qu'on a eu et de se remettre en question, de se poser des questions, de regarder d'autres témoignages d'internes... Parce que j'ai regardé sur internet, j'ai regardé la thèse qui a été faite là... je ne me souviens plus du non de l'interne. »

Investigatrice : « Emily Vénus ? »

Ind1 : « Oui ! Ce que les internes ont écrit, les mots... Je me suis dit : « Ah oui, ça c'est moi. ». Donc le fait de l'écrire ça a été pas mal je pense. »

Investigatrice : « C'est ce cours là, qui t'a amenée à chercher d'autres traces et la thèse d'Emily Vénus ? »

Ind1 : « Oui, parce que on devait faire une trace sur l'erreur et j'avais du mal à mettre des mots sur mes sentiments, à parler de ma gêne, d'avoir été mal à l'aise... Et en lisant d'autres traces d'erreur, je me suis dit : « Ah oui, c'est ça ! Ils ont bien dégagé ce que je ressentais avec des mots plus adaptés. »

Investigatrice : « Tu penses donc que ce cours peut apporter quelque chose ? »

Ind1 : « Oui, tant sur le plan théorique, sur le travail en groupe, d'entendre les erreurs des autres. Et sur le plan « papier » où on doit faire un travail personnel sur l'erreur qui fait aussi réfléchir, se poser des questions. Et être tout seul chez soi, ressasser, se dire : « Est-ce que j'ai bien fait ? Qu'est-ce que j'ai ressenti ? Est-ce que j'aurais dû en parler à quelqu'un d'autre ? » Et j'ai relu tous les cours sur la compression médullaire, la névralgie cervico-brachiale, les hernies discales, etc. Et au fur et à mesure où je l'écrivais, ça me rassurait parce que je me disais qu'elle n'avait pas tous les signes de gravité, etc. Donc ça m'a rassurée positivement, mais aussi négativement parce que je me disais que j'aurais peut-être plus dû pousser mon examen pour voir si elle avait tout ça. Le fait d'écrire une trace là-dessus c'est toujours positif parce qu'on remet l'histoire à plat. On essaie d'être neutre et puis quand on est tout seul dans sa tête on ne peut pas se mentir, on ne peut pas se dire : « J'ai fait une erreur mais je ne le dis à personne. » Là on sait la vérité. J'avais hésité à faire cette trace parce qu'après avoir relu tous les cours, j'allais presque en conclure qu'au final je n'avais pas fait d'erreur. J'en avais parlé avec Dr Galam qui m'a dit : « Non, justement tu as cheminé dans ton esprit, tu t'es interrogée là-dessus. C'est le chemin de l'erreur, qu'elle soit présente ou pas, tu t'es posé la question. Tu as été dans la situation de l'erreur médicale donc tu peux conclure que médicalement parlant tu n'as pas l'impression d'en avoir fait, expliquer pourquoi, mais que tu l'as vécu comme tel. »

Investigatrice : « Qu'as-tu pensé de lire les traces en groupes ? »

Ind1 : « Ça a été bien. Je n'avais pas fait une erreur en tant que tel. Donc je pense que c'est peut-être plus facile d'en parler que quand on est vraiment responsable d'une grave erreur. Mais c'est toujours bien d'en parler parce qu'on entend les commentaires des autres, que ce soit positif ou négatif. Comme : La patiente n'aurait pas dû parler comme ça ; j'aurais réagi comme toi. » C'est plus souvent des messages de soutien, il y a rarement des critiques. Ce n'est pas un enseignement médical mais entendre des témoignages comme ça... On est tous confrontés à 100%, c'est évident, que ce soit une petite erreur de prescription ou une grosse erreur de traitement. Entendre d'autres erreurs, on relativise car il y a souvent pire que soi et plus grave. Et on se dit : « Je n'aurais pas aimé être à sa place ! » et on relativise un peu son erreur, je pense. »

Investigatrice : « Penses-tu que ce cours permettrait aux internes de parler plus facilement en cas d'erreur ultérieurement ? »

Ind1 : « Oui, si je fais... enfin si je suis amenée à voir d'autres erreurs, ce qui arrivera sûrement, je n'espère pas mais probablement... Je pense que, vraiment, le fait d'en parler peut-être tout de suite, à chaud, ça doit être bénéfique parce que même si on n'a pas eu le temps de réfléchir, s'il faut être rassuré sur le moment, ça peut être bien parce que ça permet de calmer. S'il y a une grosse erreur, éventuellement la réparer ou en tirer un enseignement tout de suite. Mais je pense que si je fais une erreur ou si j'ai un doute, j'en parlerai plus rapidement à un chef. Là je n'étais pas allée spontanément vers un chef mais je sais que maintenant, j'irai peut-être spontanément vers un chef. J'en parlerai plus facilement et plus franchement. Et également des peurs d'éventuelles... pas « poursuites », mais conséquences qu'il peut y avoir à plus long terme comme dans mon histoire. Le cours permet de relativiser, parce qu'on est tous pareils, on fait tous des erreurs, il y a toujours pire que nous. »

Investigatrice : « Dans ce cas, tu penses qu'un cours plus tôt dans le cursus serait utile ? »

Ind1 : « Quand on est externe, on fait rarement des erreurs, on est plus confronté aux erreurs des autres (chefs, internes). C'est peut-être un petit peu tôt. Moi je n'ai pas le souvenir d'avoir fait d'erreur en tant qu'externe. Non, je pense que l'internat c'est le bon moment. C'est là qu'on est le plus actif et le plus à risque de faire des erreurs. Et puis on a des responsabilités, qu'on n'a pas en tant qu'externe. Ce serait intéressant d'entendre les anecdotes, mais tant qu'on n'a pas fait d'erreur, qu'on ne s'est pas posé la question : « Qu'est-ce que j'aurais dû faire ? Qu'est-ce que je n'aurais pas dû faire ? » Tant qu'on n'a pas vécu la situation, on ne se rend pas compte. C'est peut-être un petit peu tôt. Après, est-ce que dès le premier semestre ? C'est pareil on n'a pas encore l'expérience, on fait aussi des erreurs mais on tâtonne un peu... Voilà ».

Investigatrice : « Merci. Veux-tu ajouter quelque chose ? »

Ind1 : « Non, enfin moi du coup ce n'était pas vraiment une erreur. Enfin, c'est différent de l'erreur du chirurgien qui coupe et là on se dit : « Oui là je l'ai fait, il n'y a pas de doute. » Alors que dans mon cas, se dire est-ce que j'en ai fait une ou pas... je pense que c'est presque plus dur parce qu'on ne sait pas. Alors que quand

on est sûr on est obligé de dire : « Là, oui, je ne vais pas mentir. » Et puis dans ce cas, on sait ce qu'il ne faut plus faire à l'avenir. Alors que là on se dit : « Est-ce que j'ai bien fait ? Est-ce que je n'ai pas bien fait ? Je ne me souviens plus... Je n'ai peut-être pas bien noté... »

Investigatrice : « Finalement cette question là, même en en parlant avec tes seniors, tu n'y répondras pas ? »

Ind1 : « Non, personne ne connaît la réponse. Parce que personne d'autre n'a examiné le patient. Et ça dépend des chefs mais tout le monde n'est peut-être pas sensibilisé, n'a peut-être pas l'oreille pour entendre les plaintes des internes. On fait tous des petites bêtises mais tous les chefs ne sont pas disponibles. Si on leur dit : « Est-ce que j'ai fait une erreur ? », est-ce qu'ils vont tous être réceptifs ou nous donner des conseils ? Ca dépend des équipes. Là où j'étais, ils étaient vraiment très bien. J'aurais été ailleurs, avec un autre chef qui ne me plaisait pas, il m'aurait peut-être dit : « Oh mais ne t'en fais pas ! Ce n'est pas grave. Elle était vieille, démente, on s'en fiche ! »

Investigatrice : « Et tu disais avoir trouvé utile le cours sur l'erreur. Tu penses qu'il serait nécessaire d'en avoir plusieurs ? »

Ind1 : « J'ai trouvé que d'en parler une fois ça peut suffire pour faire cheminer l'erreur. Après si on répète ces séances, je pense que ça devient un peu comme les groupes Balint. Ca devient peut-être un peu redondant avec ces groupes qui existent déjà. Débriefing, en tirer des enseignements, voir comment les autres réagissent ça peut être bien. Refaire après encore d'autres cours là-dessus, ça serait peut-être un peu redondant avec le premier et avec les groupes Balint. C'est un cours qui fait appel aux sentiments profonds, on parle d'histoires personnelles. C'est un peu raconter sa vie. Donc je pense que ça a marqué un peu tous les internes ce cours. Donc une fois je pense que c'est bien. Si certains veulent recommencer, pour peut-être approfondir les choses, je pense que ça peut être bien les groupes Balint. Enfin l'idée que j'en ai. »

Investigatrice : « Je te remercie. »

*Fin *

Entretien individuel 2. Durée : 59 minutes.

Ind2 : Il y a plusieurs personnes qui sont en cause dans mon histoire. J'étais dans un service de médecine interne, où il y avait deux étages. Et, au moment de cette histoire, on changeait d'étage entre les internes donc on s'échangeait les patients.

Une patiente venait pour suspicion d'embolie pulmonaire. Aux urgences, elle avait eu le scanner mais on n'avait pas de compte-rendu définitif. On avait le compte-rendu papier manuscrit du radiologue qui disait qu'il y avait bien une EP distale. Donc ça faisait 3-4 jours qu'elle était hospitalisée, le traitement anticoagulant était instauré. Moi j'ai récupéré la patiente quelques jours et puis en fait elle a dû voir plusieurs médecins, il y a eu plusieurs visites. Elle a dû voir 3-4 internes, parce qu'avec les repos de garde, on change...

On a récupéré le compte-rendu définitif de l'angio-scanner qui a été directement mis dans le dossier. Moi je ne l'ai pas eu entre les mains. La patiente voulait absolument sortir donc le relais AVK-héparine s'est fait à domicile. La patiente avait demandé si elle pouvait voyager, elle devait partir en Thaïlande. On lui a dit que non, que ce n'était pas recommandé. On lui a dit pourquoi, elle avait rendez-vous avec les pneumologues. Et en fait, on s'est rendu compte que dans le compte-rendu définitif de l'angio-scanner, il n'y avait pas d'EP. Sauf que dans le compte-rendu écrit et au téléphone le radiologue disait : « Oui, oui il y a une embolie pulmonaire. » Au début, on ne retrouvait pas le compte-rendu papier, donc on s'est dit : « Ce ne sont que des on-dit, on l'a eu par téléphone, personne n'a pris le temps de vérifier ... »

Il y a eu une grosse réunion avec tous les internes. C'est sûr que moi, le jour où j'ai récupéré la patiente, je n'ai pas pris le temps de vérifier tous les trucs. L'observation était déjà faite, la patiente était déjà traitée. Donc c'est vrai qu'il faut toujours vérifier. C'est de la faute de tout le monde. Mais du coup, c'était bien, tout le monde a pris sa part de responsabilité. Les chefs n'ont pas tout rejeté ni sur la première interne qui l'avait vue ni sur les autres chefs. Parce que les visites ont été faites avec les chefs. Et c'étaient à eux aussi de regarder.

Donc au final la chef a appelé la patiente en lui disant qu'elle était désolée. Que si elle voulait porter plainte elle comprendrait mais que c'est une erreur qui arrive. Et finalement on a retrouvé le compte-rendu papier écrit quelques jours après. Du radiologue ! Ca, ça nous a sauvé ça ! Avec le compte-rendu écrit qui disait EP distale, etc. Et le compte-rendu tapé qui disait après relecture... etc. Sauf que la radiologie, ils ne nous ont jamais rappelés pour nous dire qu'après relecture, ils avaient changé d'interprétation et qu'il n'y avait d'EP.

Finalement, bon, elle a été traitée sous héparine... Elle a quand même raté son voyage, elle n'était pas très très contente, ce que je peux comprendre. Mais elle n'a pas eu d'accident hémorragique ni rien. Ca aurait pu mal se terminer... »

Investigatrice : « Qui a pris l'initiative de faire cette réunion ? »

Ind2 : « Ma chef. »

Investigatrice : « Il y avait les internes et les chefs... Est-ce qu'il y avait l'équipe paramédicale ou le service de radiologie ? »

Ind2 : « Non, du tout. »

Investigatrice : « Et comment s'est passée cette réunion ? Qu'est ce que tu en as pensé ? »

Ind2 : « C'est vrai que ça aurait pu mal se passer, que tout le monde dise : « Ce n'est pas moi, c'est toi qui l'a vue en premier. » Mais la chef de service a dit qu'on était tous passés à côté et c'était très bien. Je pense qu'on a tous notre part de responsabilité. Surtout que quand la réunion a eu lieu, on n'avait pas retrouvé le compte-rendu écrit à la main. On pensait que personne n'avait lu le compte-rendu. Mais la première interne, qui avait reçu la patiente, avait dit qu'elle était sûre d'avoir vu ce compte-rendu écrit mais comme on ne le retrouvait pas elle a commencé à douter... Elle s'est dit qu'elle confondait peut-être avec une autre patiente. Donc, nous, on ne parlait pas trop. Mais du coup, maintenant, ça a changé dans le service, on nous a dit que chaque compte-rendu vu doit être signé. Ça prouve que vous l'avez lu et vous l'avez signé. Ce ne sont pas juste des papiers que vous prenez et que vous rangez dans le dossier. C'est pas mal, ça change, on est plus vigilants du coup. »

Investigatrice : « Donc tu as été satisfaite de la réunion ? »

Ind2 : « Oui, moi j'ai bien aimé. Je trouvais que c'était une bonne prise en charge. Parce que j'ai été en CHU et je sais qu'ils peuvent très facilement remettre la faute sur l'interne, dire : « Ils ne sont pas compétents, ce n'est pas de notre faute, c'est de la leur. » Alors que là, pas du tout. C'était bien. Tout le monde s'est remis en cause, ils ont dit que ça aurait pu arriver à tout le monde, même à eux. »

Investigatrice : « C'était apparemment une réunion pour comprendre comment l'erreur avait pu arriver et non pas pour trouver un coupable. C'est ça que tu as apprécié ? »

Ind2 : « Oui, exactement. Tout le monde était responsable, on n'accusait personne. Tout le monde s'est remis en cause. »

Investigatrice : « D'autres choses ont été décidées suite à cette réunion ? »

Ind2 : « Bah, après, elle a appelé le radiologue. Quand elle a vu que c'était de leur faute ! Alors ça n'a pas changé notre décision de signer les comptes-rendus. Mais au final, ce n'était pas de notre faute. Nous, on aurait pu s'en rendre compte plus tôt si on avait bien lu le compte-rendu définitif au lieu de le ranger directement dans le dossier. Mais les radiologues auraient dû nous appeler pour dire qu'il n'y avait pas d'EP. Mais on avait l'habitude. Quand on envoyait un patient au scanner et qu'il y avait des AVC, des trucs graves, ils ne nous appelaient pas. Le patient remontait, on attendait le compte-rendu. Enfin voilà, quand c'est grave le minimum c'est d'appeler. »

Investigatrice : « Tu sais s'il y a eu une réunion avec les radiologues ? »

Ind2 : « Non. Enfin je sais que ma chef leur en a parlé et en a discuté. Mais c'était entre eux, nous on n'y était pas. Ça n'était pas la première fois que ça arrivait, mais c'était un hôpital de périph, ils étaient toujours à deux doigts de fermer-pas fermer donc bon... »

Investigatrice : « C'est à partir de ça que tu as rédigé ta trace ? »

Ind2 : « Oui. Et ma collègue m'avait raconté l'histoire d'une patiente qu'elle suivait qui avait été opérée du colon je crois, pour sigmoïdites à répétition en 2005. Elle a été opérée et continuait d'être suivie. C'était une patiente très obèse qui avait des douleurs partout, au dos et aux genoux en particulier. Et depuis 2005 elle se plaignait du dos, mais pas plus que d'habitude. Elle est donc opérée en 2005. En 2008, elle a fait une insuffisance rénale, donc elle a eu une échographie qui montrait que le rein gauche ou droit était complètement atrophié. Le chirurgien avait clippé l'uretère sans faire exprès pendant la chirurgie du colon. Elle a eu une néphrectomie. Au début, elle a commencé à porter plainte mais ça s'était tellement bien passé au début avec le chirurgien qu'elle a eu une longue conversation avec lui, et du coup elle a finalement dit : « Il était tellement gentil, je n'ai pas envie de lui causer de tort, je sais que c'est un bon chirurgien, donc j'enlève ma plainte. »

Elle a quand même perdu un rein quoi ! Et du coup en discutant de cela, je me suis rendu compte que les patients ne portent pas plainte en fonction de la gravité de ce qu'il leur est arrivé mais plus par rapport au manque de communication avec le chirurgien ou le médecin. Soit le médecin ne veut pas avouer sa faute et du coup il rejette tout sur le patient, soit il n'y a pas du tout de communication et il ne veut pas du tout dire ce qu'il s'est passé. Et en général ils portent plainte plus pour savoir exactement ce qu'il s'est passé et pour avoir des informations claires. Quand ils les ont, ils sont plus soulagés. »

Investigatrice : « En quel semestre es-tu ? »

Ind2 : « Je passe en quatrième semestre. »

Investigatrice : « Et qu'as-tu pensé de la façon dont étaient abordées les situations d'erreurs avérées ou d'erreurs possibles avec les autres soignants pendant tes stages jusqu'à maintenant ? »

Ind2 : « Je me souviens d'un patient qui venait pour hyponatrémie sévère qui avait été prise en charge. Et, un matin, il fait un malaise mais en fait il faisait un bloc sino-auriculaire et il a fait un arrêt cardiaque. On était trop

choqués. On appelle les urgences, mais après réflexion, il avait 92 ans, il était grabataire, Alzheimer... on n'aurait pas dû appeler les urgences, moi je le sais. Mais, sur le coup, tu te dis : « Ce n'est pas possible il ne va pas mourir pour ça, il y a quelque chose... je suis passée à côté. Alors que c'était comme ça... Ca arrive, à 92 ans. »

Investigatrice : « Il aurait fait ça chez lui, tu n'aurais pas pensé de la même façon. »

Ind2 : « Voilà c'est ça. En plus, premier semestre, complètement en panique : « Il va mourir, il va mourir ! » Après, quand on y réfléchit, on a parlé à la famille qui disait que grabataire, Alzheimer... Ce n'était pas une vie. Mais ça on n'y pense pas sur le coup, je me suis juste dit : « Je ne comprends pas : le matin il allait super bien quoi. » Beaucoup plus lucide que d'habitude, et ça on m'a dit que c'était souvent, un regain... Et vraiment le matin je m'étais étonnée, il était top. » Du coup, après, j'ai regardé dans son dossier, voir si je n'avais pas raté un antécédent cardiaque ou quelque chose. J'ai regardé l'ECG, il avait un BAV 1 mais bon, juste un BAV 1, on n'en fait rien. Là j'étais en flippe. Je me demandais ce que j'avais raté. Pour moi c'était forcément de ma faute un moment. »

Investigatrice : « Vous en avez parlé entre collègues ? »

Ind2 : « L'urgentiste m'a demandé s'il avait quelque chose. Quand je l'ai revu après, celui qui était venu pour masser, il m'a dit : « Tu sais ça arrive. » Mais c'est vrai que c'est difficile à accepter quand tu es en premier semestre et que tu penses que tu as tout fait bien en théorie, mais qu'il meurt quand même... Tu ne comprends pas. »

Investigatrice : « Comment ça s'est passé avec les urgentistes qui sont venus pour la réanimation ? »

Ind2 : « Moi je suis partie, parce que je savais au bout de cinq minutes... Je me suis rendu compte que c'était... ça ne servait à rien. »

Investigatrice : « Tu te souviens comment tu en as reparlé avec l'urgentiste ensuite ? »

Ind2 : « En fait, c'est lui qui m'en a reparlé. Je faisais une garde et c'est lui qui m'a dit : « Alors ça va ? Tu sais ça arrive. » Après c'était un service où il y avait pas mal de vieux, donc tu sais, les décès il y en a eu pas mal pendant mon stage, et petit à petit... Le premier c'est horrible : on pleure toute la journée, on n'arrive pas à parler à la famille. Le deuxième : ça va un peu mieux vers la mi-journée (rires) et après on commence à savoir comment gérer... A ces âges là, c'est normal... »

Investigatrice : « Donc c'est le médecin qui est revenu te voir pour savoir comment tu allais alors ? »

Ind2 : « Oui c'est lui qui est venu, et l'équipe paramédicale était vraiment top ! Elles ont vu que ça n'allait pas, elles sont venues. C'est important d'avoir une bonne équipe paramédicale, ça change tout je trouve. Comment on vit le stage, les situations avec les patients... Ils m'ont dit que ça arrivait. Le chef m'a dit qu'il ne fallait pas que je me mette dans des états comme ça à chaque fois, que sinon je n'allais pas tenir. Il a vu que ça n'allait pas. J'étais décomposée de toute façon. Je me disais que c'était de ma faute. »

Investigatrice : « Est-ce que tu as réussi à lui formuler cette question qui te revenait : « Est-ce que je suis responsable ? » »

Ind2 : « Non lui je ne lui ai pas demandé, bof... Il était un peu bourrin, ce n'était pas à lui que j'aurais parlé... »

Investigatrice : « A quelqu'un d'autre alors ? Parce que c'était cette question là qui te monopolisait non ? »

Ind2 : « Oui ! Du coup j'ai vérifié dans le dossier et j'en ai parlé avec mes co-internes, pas à un autre chef. C'est l'habitude, on en parle aux co-internes. »

Investigatrice : « Tu n'as pas eu envie d'en parler aux chefs ? »

Ind2 : « Je ne suis pas allée les voir et, si tu ne vas pas les voir, eux ne viennent pas... Donc j'ai préféré en parler à mes amis plutôt qu'à mes chefs. »

Investigatrice : « Comment ça s'est passé avec tes co-internes ? »

Ind2 : « Bah ils ont vu que je n'allais pas bien. Ils m'ont demandé ce qui s'était passé. Je leur ai dit. Ils m'ont dit que, non, il n'y avait rien à faire, que je n'avais rien fait de mal... C'est surtout la réaction de la famille... qui s'y attendait plus que moi. Il n'était pas bien depuis une semaine. Quand le fils est arrivé, il m'a dit : « Merci beaucoup. » Il s'y attendait, donc avec ça aussi je me suis dit : « Bon, finalement...c'est normal, il était âgé. »

Investigatrice : « Concernant ta crainte d'avoir fait une erreur, tu n'en as finalement pas parlé ? Tu ne l'as pas formulée ? »

Ind2 : « Non, parce qu'en y réfléchissant, en parlant avec mes co-internes après, je me suis dit que je n'avais pas fait d'erreur. Il a fait son bloc à l'hôpital. C'est arrivé c'est tout, il l'aurait fait chez lui s'il avait été chez lui. Il serait mort chez lui. Donc là je pense qu'il n'y a pas besoin de réunion ou d'en parler avec les chefs sauf si on le vit mal et que ça dure plusieurs jours. Par contre, quand c'est une erreur qui aurait pu être évitée et qui est due à une faute d'inattention, là je pense que c'est utile, de remettre les choses en place. Dans mon cas, je ne pense pas

que j'aurais dû en parler à un chef. J'en ai parlé avec mes amis, c'est du réconfort dont on a besoin, on n'a rien fait de mal en soi. Il faut bien mourir un jour. »

Investigatrice : « J'insiste un peu sur cette question là, mais poser la question de ta responsabilité finalement tu ne l'as pas fait... même avant d'avoir été rassurée, quand elle te revenait souvent... c'était par peur de la réponse ? »

Ind2 : « Je pense que je n'ai jamais osé en fait. Je préférerais être rassurée par mes co-internes. C'est peut-être par lâcheté ... Il faut du courage pour poser cette question. »

Investigatrice : « Tu penses que tes chefs ne sont pas les mieux placés pour te réconforter alors ? Ce n'est pas vers eux que tu vas quand tu as besoin d'être rassurée ? C'est plutôt intéressant. »

Ind2 : « Quand on sait qu'on n'a pas fait d'erreur, une fois qu'on est convaincu de ça, non je pense qu'on n'en a pas besoin. Peut-être, au début, quand on n'est pas sûr. On se demande si ça aurait pu être évité, on a besoin de leur avis. Mais à partir du moment où on ne nous fait aucun reproche, non je ne pense pas. »

Investigatrice : « Pour toi, en parler aux chefs, ce serait plus pour analyser ? »

Ind2 : « Oui, avoir un retour sur l'erreur qu'on a faite. Pour éviter que ça recommence. Mais quand il n'y a finalement pas d'erreur, on se rapproche plus des gens dont on est le plus proche. »

Investigatrice : « Tu as finalement plus été réconfortée par tes co-internes et rassurée par la famille qui relativisait pas mal que par le senior des urgences qui t'a dit : « Ca arrive » ? »

Ind2 : « Ah oui ! »

Investigatrice : « Mais il t'a pourtant dit la même chose et il est venu vers toi. »

Ind2 : « Oui mais... il était un peu bourrin, ça me touchait moins. »

Investigatrice : « Sais-tu pourquoi ? »

Ind2 : « Bah déjà c'était plusieurs jours après. J'avais eu le temps de digérer. Mais je ne sais pas, le côté urgentiste qui dit : « Ca arrive. » Je ne sais pas... Parce que les chefs, à un moment, pas tous mais beaucoup, ils ont cette réflexion de : « Il est vieux, ça ne sert à rien... ». En gros... Ca m'avait choquée pendant mon premier stage. Il a 90 ans. Avant même de savoir ce qu'il a et ce qu'on demande, ils demandent l'âge et disent : « Qu'est-ce que tu veux que je fasse ? » Alors qu'il y a des gens à 90 ans qui vont beaucoup mieux que des gens de 70 ! »

Investigatrice : « Tu trouves que ces paroles sont un peu automatiques ? »

Ind2 : « Oui. Le discours : « Il est vieux, il allait forcément mourir d'un truc. » Bof... c'est vrai. Il a raison mais... »

Investigatrice : « Même s'il te rassure quasiment de la même façon, tu as l'impression que la réponse de tes co-internes est plus personnelle ? Qu'ils ont davantage écouté ? »

Ind2 : « Déjà avec mes amis co-internes, je ne les ai pas connus dans le stage, on est tous dans la même galère. On était amis avant le stage, on vit tous un peu la même chose en même temps. Ce n'est pas pareil. C'est le tout premier décès qui n'est pas bien passé. C'était un patient, j'arrivais le matin, il était en choc. L'infirmière me dit qu'il avait 9/5 de tension. Ils avaient appelé l'interne de garde, ils avaient passé deux voluven à 6 heures du matin. J'arrive à 9 heures, il en avait déjà eu trois. Je vais voir ma chef. Elle me fait : « Ah bah passe en un autre, on verra. Là, je suis à la visite, je n'ai pas le temps. » Non mais il avait déjà eu trois voluven ! Sa tension était à 8/5, elle ne se rendait pas compte ! J'étais toute seule elle n'en avait rien à foutre quoi. Je me dis : « Ce n'est pas possible. Il est en choc cardiogénique, la diastole ne remonte pas... Il avait un œdème aigu du poumon, des œdèmes importants. Du coup je suis descendue toute seule en cardiologie, on a décidé qu'il fallait faire une écho. On le descend à l'écho en urgence. Là aussi le cardiologue vraiment pas... « Tu sais il a 90 ans, qu'est-ce que tu veux que je fasse ? » Non mais attends, là il est en choc ! On ne va pas le laisser comme ça, je ne vais pas le regarder mourir ! On le descend. Le cardio dit : « Oui c'est ça... euh... C'est un choc cardiogénique... Tu vas mettre de la dobu et de la noradré. Premier semestre, jamais fait de réa... Il me fait : « Je te donne les doses, note les sur un post-it. » Moi je suis trop en panique. Mais pauvre patient ! Ma chef n'en a rien à foutre, le cardiologue pareil, il est dans ses consultations ! »

Investigatrice : « Ta chef a su que tu étais allée de toi-même voir le cardio ? »

Ind2 : « Oui ! Elle m'a fait : « Alors, comment ça s'est passé ? » J'avais envie de la tuer ! Ce n'est pas mon rôle. Il y a un choc dans le service, on ne va pas s'occuper de l'ulcère de Mme Je-ne-sais-pas-quoi ! Du coup je remonte voir l'infirmière qui n'a jamais fait de dobu, c'est un truc de réa ou d'USIC quoi ! Elle me dit : « Ne t'inquiète pas. On va trouver le protocole, on va regarder, on va le faire ensemble. Du coup, on a commencé la dobu ensemble. Au début, ça allait mieux. Après, il a fait la pneumopathie d'inhalation, après l'insuffisance rénale aiguë. Il a été refusé de réa, on a attendu quelques jours mais il a fini par mourir. La noradré lui faisait super mal aux membres inférieurs parce qu'il avait déjà une AOMI. Bref, lui c'était super dur, c'était mon premier... Il y avait un truc pour lequel je n'étais pas d'accord aussi : ils ont mis des corticoïdes alors qu'il était

en sepsis sévère. « Mais si un petit peu de corticoïdes ça va le booster ». Nan, c'est l'hydrocortisone qui booste, les corticoïdes, sur sont infection, ça va flamber. Ils lui ont fait deux fois 120 mg de corticoïdes... ! Et moi j'étais contre les chefs. Ils me disaient qu'on faisait ça « à leur époque ». J'ai dit : « Vous faites comme vous voulez mais moi je ne prescris pas, je ne mettrai pas mon nom dessus. » Bon de toute façon il n'allait pas survivre mais ça au début on ne s'en rend pas compte. »

Investigatrice : « Se rendre compte de quoi ? »

Ind2 : « Qu'il ne va pas survivre, qu'il a 87 ans, qu'il a fait la pneumopathie d'inhalation, l'insuffisance rénale. Il avait une FEVG à 20%. C'était sûr qu'il allait mourir. Sauf que moi, non, j'étais dans mon truc... »

Investigatrice : « Tu ne savais pas jusqu'où aller.. ? »

Ind2 : « C'est ça. C'était mon premier patient. On a tous en tête les cas cliniques sur papier. On doit faire ça, ça, ça et le patient guérit. Il était trop mignon ce monsieur, il avait acheté des fleurs à toutes les femmes du service. Il les avait achetées avant de mourir. Il les avait commandées et du coup, il est mort le lundi et le mardi matin on a reçu des fleurs. Il y en avait partout. Et du coup j'ai encore pleuré ! (rires) »

Investigatrice : « Ca a été difficile pour toi cette situation ? »

Ind2 : « Plus que la difficulté de ne pas savoir jusqu'où aller, c'est surtout la prise en charge... Et la façon d'être vraiment seule quoi ! Ca je l'avais mal vécu. Je lui en avais voulu à ma chef ! Parce qu'après elle avait voulu que j'aille parler à la famille. Elle m'avait dit : « Non mais c'est bon tu es interne, c'est toi qui doit annoncer la mort aux enfants. » Ca s'est vraiment mal passé. »

Investigatrice : « Tu as assisté au cours de la fac sur l'erreur, qu'en as-tu pensé ? »

Ind2 : « Je trouve que ça n'a pas apporté grand-chose. Globalement, à la fac je ne trouve pas les cours tellement... Parce que obliger les gens à raconter une erreur... Je pense que c'est bien de faire des sortes de séances avec des personnes volontaires qui sont en train de vivre une erreur médicale et qui ont du mal à gérer. Pour en discuter. Mais de venir et de forcer à raconter... Déjà le premier cours, je ne suis pas rentrée dans le jeu. Le deuxième, j'ai trouvé ça pas mal que chacun raconte un peu, mais ça n'a pas apporté non plus grand-chose. Je pense que c'est utile quand on a quelque chose sur le cœur et qu'on n'en a pas vraiment parlé à quelqu'un. Pour le coup c'est pas mal. »

Investigatrice : « Toi, tu n'avais pas une situation qui te tenait à cœur ? »

Ind2 : « C'était digéré. Pour moi, il n'y avait plus rien où je culpabilisais. Ou rien que je n'avais dit à personne. J'avais extériorisé déjà. »

Investigatrice : « Tu estimes plus bénéfiques les séances basées sur le volontariat ? »

Ind2 : « Oui mais j'ai l'impression que les cours sont vachement infantilissants. On n'a plus douze ans... Les cours où on doit signer, auxquels on est obligés de venir... Si on considère que ce n'est pas un sujet qui nous intéresse, ou qu'on est déjà au point là dessus... Je trouve ça dommage et du coup, ça ne donne pas envie d'aller en cours. »

Investigatrice : « Et s'il y avait cette forme de cours, basés sur le volontariat, tu penses que tu irais ? »

Ind2 : « Le jour où j'aurai un problème je pense que oui, j'irai. Discuter c'est super intéressant. Après si j'en parle avec des collègues que je connais et qu'on fait finalement la même chose, sans avoir forcément à s'inscrire etc. Je n'en ressentirai peut-être pas le besoin. Mais, sinon oui, c'est bien, ça nous fait se remettre en question. Et entendre les autres, en discuter, une fois de temps en temps, je pense que c'est bien. »

Investigatrice : « Et pour toi, le cours auquel tu as assisté n'a pas apporté cela ? »

Ind2 : « Non, et c'est vraiment ce côté obligatoire, hyper scolaire, des cours qui m'ennuie surtout. La partie théorique sur l'erreur médicale, c'est du déjà vu, c'est enfoncer des portes ouvertes, ça ne sert à rien. Les cours théoriques sur l'erreur médicale, sur la relation médecin-patient, pour moi, c'est du blabla. On aura beau nous dire ce qu'on veut, tant qu'on n'aura pas vécu la pratique, ça ne sert à rien. Il faut davantage de situations concrètes. Du coup, pour l'erreur médicale, si je devais choisir entre le premier et le deuxième cours, je préfère le deuxième. »

Investigatrice : « Qu'est ce qu'il t'apportait davantage ? »

Ind2 : « Je trouve rassurant d'entendre tous les autres parler, de se dire qu'on fait tous la même chose et qu'il y a parfois pire que nous. Moi j'ai plutôt eu la chance d'avoir des stages où les chefs étaient plutôt sympas et compréhensifs. Alors qu'en entendant les histoires des autres, je me rends compte qu'il y a des chefs qui mettent tout, sans remord, sur la tête de l'interne. Ce sont eux qui sont en première ligne du coup, c'est de la lâcheté je pense. Ils ne veulent tellement pas se remettre eux en cause. C'est bien plus simple comme ça. »

Investigatrice : « Penses-tu que cette partie là du cours peut permettre d'oser parler plus facilement dans les services d'une situation d'erreur ? »

Ind2 : « Ca déculpabilise vachement déjà. Mais après, en parler facilement je ne sais pas. Tant que je ne serai pas confrontée à une autre erreur je ne saurai pas. Ca dépend du chef, et de l'approche du chef, surtout qu'on est hyper vulnérable dans ces situations. Il suffit d'une réponse hyper cassante et là c'est la fin. Sur le coup j'ai du mal à en parler aux chefs, je dois attendre quelques jours. »

Investigatrice : « Tu appréhendes leurs réactions ? »

Ind2 : « On se sent tellement coupable que le moindre truc, même sans vouloir être méchant ça peut nous... anéantir. »

Investigatrice : « Merci. As-tu quelque chose à ajouter ? Tu parlais des discussions en petits groupes, vois-tu d'autres choses intéressantes à faire ? »

Ind2 : « Nous, nous sommes vachement sensibilisés. On a tous ces cours... Je pense que pour que ça marche vraiment, il faudrait que ce soit dans les deux sens. La plupart des problèmes ne viennent pas forcément de nous. Je pense que nous, on est assez ouverts à la critique, on cherche à s'améliorer, sauf que dans les services on n'a jamais vraiment de retour. Quand on fait un truc pas bien, en général, ils ne viennent pas nous le dire en face, ils en discutent entre eux derrière. Même si on fait le point à la fin du stage ou même en mi-stage, ils ne nous disent pas ce qui va ou ce qui ne va pas. Ils nous demandent à nous ce qu'on considère de bien dans le service, mais on n'a jamais de retour des chefs, donc au final, s'améliorer c'est un peu difficile. Voilà, je trouve bien de nous sensibiliser, mais je pense qu'on l'est déjà pas mal, vu les cours pendant l'externat, puis l'internat. Alors que les chefs, je pense qu'ils ne le sont pas du tout. »

Investigatrice : « Tu as des idées concrètes de la façon dont cela pourrait être fait ? »

Ind2 : « Moi si j'ai des idées... On n'est pas les seuls concernés donc si nous, on a des cours, je pense que eux, ça ne serait pas mal qu'ils en aient aussi. On ne peut pas les obliger, mais c'est aux chefs de service d'organiser ça. Nous, de notre côté, on ne peut pas faire grand-chose. »

Investigatrice : « Tu trouves que c'est suffisamment abordé à la fac ? »

Ind2 : « Je trouve qu'on est vraiment les promos où les sciences humaines et sociales ont été développées. Depuis la P2-D1, on a des cours sur la relation médecin-patient, sur l'erreur, l'approche d'un patient, éviter le paternalisme, la balance bénéfice-risque... Je trouve que, nous, par rapport à l'ancienne génération de médecins, on est beaucoup plus sensibilisés à ça.

Je pense que c'est suffisamment abordé oui. »

Fin

Entretien individuel 3. Durée : 37 minutes

Ind3 : « J'étais en pédiatrie en deuxième semestre et on s'est retrouvés dans une situation où on a eu à faire une réanimation pédiatrique. C'était un enfant qui est arrivé aux urgences, qui est passé assez rapidement parce que l'infirmière d'accueil a assez vite cerné qu'il n'était pas bien. Donc il est assez rapidement passé dans la salle de soins intensifs de l'hospitalisation. Et puis le problème, c'est qu'il n'y a pas eu vraiment de senior qui orchestrait la prise en charge donc je me suis retrouvée moi, l'interne de salle, à devoir commencer à manager les infirmières, qui n'appréciaient pas tellement, par exemple, que je leur dise qu'il fallait mettre une deuxième voie. Du coup, à ce niveau là, déjà c'était un peu délicat. Avec des réponses qui étaient inadaptées de la part de l'équipe paramédicale. Un chef qui était... là, au téléphone en même temps, c'était un peu compliqué. Bon ça fait un petit moment maintenant donc ce n'est pas facile. Mais ce qui était compliqué, c'est que pendant tout le temps de la prise en charge, on a eu l'impression, enfin il y avait deux autres internes qui étaient des urgences qui étaient là, et une interne qui était restée du coup, on a eu un peu l'impression pendant toute la prise en charge de devoir tirer à chaque fois... C'est nous qui devons pousser, c'est nous qui suggérons... C'était un enfant qui avait des troubles de la conscience et qui respirait de moins en moins fréquemment, pas de signes neurologiques focaux. Mais c'est nous qui avons dit que ça serait peut-être bien de mettre de l'aciclovir aussi en intraveineux. Le chef n'y avait pas pensé, il n'avait pensé qu'aux antibiotiques en intraveineux. Enfin, voilà... On était toujours un petit peu en train de tirer. C'est pareil, il était très hypertendu il avait quasiment 170 de tension artérielle systolique. »

Investigatrice : « Quel était son âge ? »

Ind3 : « Six ans, quelque chose comme ça. Le chef arrive et dit qu'il faudrait peut-être un autre chef. Celui qui devait gérer, c'était le chef de l'hospitalisation. Celui qui gérait plus ou moins le cas, c'était le senior des urgences au final. Donc il dit que ça serait peut-être bien de gérer sa tension mais bon au final... On ne savait pas du tout ce qu'il se passait. Donc avant de faire une imagerie cérébrale, nous on n'avait pas du tout envie de toucher à sa tension si c'était une tension neuroprotectrice. Tout était un peu comme ça.

Pour le scanner, évidemment l'enfant est arrivé à midi, donc il n'y avait plus aucun radiologue en radio. Donc ma collègue y est allée, une première fois, pour essayer de négocier le scan. Les manip radio, déjà, ont les a dérangés en train de déjeuner donc ça les faisait chier. Ils nous ont un peu envoyées péter. Moi j'y suis retournée

quinze minutes après en disant : « Là il ne va vraiment pas bien, est-ce que vous pourriez le prendre ? » Ils me disent : « Ok mais on le passe après les deux autres malades programmés. » Sachant que je n'avais toujours pas eu le radiologue, qui n'était pas revenu d'être allé manger. Il était quelque chose comme 14 heures, il n'était pas là. Donc je me débrouille pour aller au secrétariat et demander son numéro de portable. Je raconte l'histoire au mec qui me dit : « Ecoute, je finis de manger et j'arrive, mais je finis de manger, on voit ça tout à l'heure quoi. » Sachant que dans l'intervalle le gosse était déjà arrivé au scan, qu'ils avaient fait la séquence sans injection mais que du coup pour injecter, ils avaient besoin d'un radiologue. Donc là je fais tous les bureaux du service de radio et je finis par trouver un radiologue qui était sur une autre vacation et qui accepte de se déplacer au scanner pour qu'on injecte le truc. Là en fait, la manip au scanner se plante dans l'acquisition, et coupe. En fait elle centre mal les rayons donc il avait le crâne coupé. On ne voyait pas la partie occipitale. Donc elle commence à s'engueuler avec la radiologue en essayant de faire des reconstructions. Enfin là moi je suis partie, surtout que l'enfant il faisait de plus en plus de pauses respiratoires. Il était instable. On est retournés dans le service. »

Investigatrice : « Tu étais avec un senior au scanner ? »

Ind3 : « Alors, moi, j'étais avec le radiologue. Et j'ai une de mes collègues qui était avec l'enfant parce que depuis il était scopé. Et le truc c'est que depuis longtemps, enfin avant qu'il aille au scanner, on n'arrêtait pas de dire : « Ca serait bien de l'intuber, ça serait bien de l'intuber. » Parce qu'il faisait de plus en plus de pauses respiratoires. Alors, certes, quand on le stimulait beaucoup, il répondait un peu par des grognements ou des « oui » ou « non » mais c'est tout. Avec une fréquence respiratoire qui est même allée jusqu'à 4 par minute, donc vraiment pas beaucoup. Le chef ne se sentait pas de l'intuber parce que apparemment pour ce qui est des grands enfants, ils ne sont pas du tout à l'aise avec ce qui est une intubation plutôt type adulte en fait. Donc ça a été tout un cirque après, parce qu'il ne se sentait pas de le faire. Donc il a essayé d'appeler les anesthésistes, qui certes au bloc intubent assez souvent les enfants, sauf que l'anesthésiste d'astreinte ne répondait pas à son bip. Il y a un anesthésiste qui a fini par répondre et qui a dit que ce n'était pas son rôle. Donc il nous a renvoyés vers un autre. Un troisième anesthésiste nous a dit la même chose. Finalement celui d'astreinte finit par rappeler, enfin bon... en nous disant : « Ce n'est pas mon rôle. » Donc, nous, on était là, à ne pas savoir quoi faire. Dans l'intervalle il y a une de mes co-internes qui était allée aux urgences adultes en stage avant, qui avait dit : « Bon ça suffit. Je vais aller chercher une de mes seniors des urgences adultes qui va l'intuber quoi. » Sachant que le SMUR était sorti aussi, donc on avait essayé de l'appeler mais il ne répondait pas. Le temps que ma co-interne revienne avec son chef des urgences, il y a une anesthésiste qui était descendue avec son infirmier et qui a un peu viré l'urgentiste en disant : « Je m'en occupe. » Sauf, qu'en fait elle est restée à côté de lui, ils l'ont un peu pseudo oxygéné avec son masque à haute concentration en nous disant : « Ah bah vous voyez, quand on le stimule, il va un peu mieux. » Dans l'intervalle, mon chef avait quand même appelé le SMUR. Du coup l'anesthésiste a dit : « Le SMUR arrive, je leur laisse prendre leur décision d'intuber. » C'était un peu la cata. Le SMUR est arrivé. En voyant la situation il a juste dit : « Ok, c'est n'importe quoi. » Ils l'ont intubé tout de suite et après ils sont partis en réa dans un autre hôpital.

Bon, la suite des nouvelles, c'est que cet enfant, il est probablement mort mais je n'ai pas eu le fin mot de l'histoire. Il avait probablement une rhomboencéphalite. Il a eu une IRM cérébrale mais il n'a pas pu avoir d'IRM médullaire parce qu'il était trop instable, Electroencéphalogramme normal. Il a probablement fait une rhombencéphalite mais ils ne savent pas trop à quoi. Quand il est arrivé il avait 100 de capnie. Enfin c'est une catastrophe tu vois ! C'était une catastrophe et bon certes il était mal barré mais... le fait qu'alors qu'il hypoventilait très clairement, on mette autant de temps à l'intuber... pfff, c'était tout foireux. Il n'y avait personne qui dirigeait vraiment. Clairement les paramédicaux étaient assez énervés, très perdus. Enfin, c'était assez bizarre. Quand nous, les trois internes, on s'est dit qu'il allait falloir intuber ce gosse, on a commencé à préparer le chariot d'intubation. On a dit à une des membres du personnel, je crois qu'elle était aide-soignante, de nous aider à préparer le chariot parce qu'on ne savait pas du tout où était le matos. Elle nous a dit : « Ah mais moi je suis occupée, je ne peux pas vous aider. » Donc on a essayé de se démerder un peu comme on a pu. On a cherché dans tous les placards, on a sorti des trucs... enfin, voilà. On a demandé ce que voulaient les chefs comme drogues. Il y en a un qui nous a sorti un truc, du diprivan. L'autre qui voulait du « sufental » ou quelque chose comme ça. Enfin, on avait vraiment l'impression qu'ils ne savaient pas trop quoi faire en vrai les chefs, et du coup c'était un peu le bordel quoi. Nous, on essayait de lutter derrière pour faire ce qu'on pouvait. Alors l'autre gros souci c'était que, derrière déjà les paramédicales en ont beaucoup parlé entre elles, avec toute la sauce que tu peux imaginer, elles ne s'en prenaient pas trop à nous, mais disaient que c'était encore n'importe quoi. Sachant qu'à priori ce n'était pas la première réa qui se passaient mal avec ces deux chefs là. Donc c'est un peu mal tombé. On a dit à notre chef de service : « Ecoutez, nous on aimerait bien qu'on en rediscute parce qu'on ne comprend pas que ça se soit passé comme ça, là il faut faire des points. » Le chef de service nous a dit : « Ah bon, je suis très surpris. Je ne comprends pas pourquoi je n'ai pas été prévenu, surtout que j'étais en consultation juste à côté. » Mais bon, quand il y avait les deux chefs qui s'en occupaient, on ne s'était pas tellement sentis de l'appeler lui. Mais les chefs eux n'ont pas appelé. Et puis, il nous a dit : « Je suis très surpris, parce que X (un des chefs) m'a dit qu'il y avait eu une réa mais il m'a dit que tout s'était très bien passé. »

L'autre chose qui s'est passée aussi, c'est que quand le SAMU est arrivé, moi je suis restée avec eux. X est plus ou moins parti je ne sais pas où. Et puis, il m'a dit « Ah, t'as suivi la prise en charge de l'enfant ? Tu veux bien faire le compte-rendu ? » Parce qu'il ne voulait pas faire le compte-rendu alors que c'était le bordel tu vois. Donc je lui ai dit que non, vu la complexité du truc, je voulais bien que ce soit un chef qui le fasse. Il n'était pas très

content, mais moi je ne l'ai pas fait. Donc il l'a quand même fait et il a raconté n'importe quoi dedans. C'est-à-dire qu'il a présenté les choses comme si tout avait été extrêmement bien coordonné, fluide, comme s'il avait fait tout ce qu'il fallait, comme s'il avait tout anticipé, tout bien organisé. On avait préparé le chariot de réa, il était prêt quand l'anesthésiste est arrivé, alors que ça ne s'est pas du tout passé comme ça. C'était vraiment le bazar. Il y a quand même une RMM qui a été organisée sauf que ça a été organisé un peu n'importe comment. Nous, on avait un peu suggéré des idées au chef de service, en disant que : « ça serait pas mal de faire le point, d'envisager une procédure, si vous n'êtes pas à l'aise avec l'intubation ou la réanimation des grands enfants. Il faut essayer de voir sur l'hôpital pour faire un protocole, que vous vous mettiez d'accord, qu'on sache au moins qui appeler. » Parce que là, avec les anesthésistes, ça a été tellement le bordel que ce n'est pas possible de passer une heure à chercher un correspondant quand ça ne va pas quoi. Il avait dit : « Oui, c'est vrai. » Il voulait aussi faire le point sur les drogues anesthésiques parce que là, il n'y a aucun consensus dans le service, chacun fait sa sauce, c'est n'importe quoi. Donc à la RMM, ont été invités le chef de service des urgences adultes... Je ne sais pas s'il a invité les radiologues mais il n'y a personne qui est venu. Les anesthésistes ont été sollicités mais il n'y a personne qui est venu. Il y avait les personnels du service qui avait participé à la réanimation de l'enfant qui étaient présents. Et au final, alors que nous, on avait prévenu les infirmières, que les objectifs c'étaient de faire le point, d'améliorer les pratiques, que ce n'était pas un règlement de comptes, ça a quand même été un peu un pugilat. C'est-à-dire que l'histoire a été présentée par X, le senior qui a quand même le plus dirigé la réa, parce qu'ils étaient deux seniors mais il y en a quand même un qui n'a rien foutu quoi. Il n'a vraiment pas présenté les faits comme ça s'est passé. Il n'a pas été objectif, il a vraiment tourné les choses à son avantage. Et puis, nous on n'a pas trop osé dire que ça n'était pas vrai. Et là, les infirmières ont commencé à dire : « On a entendu dire par notre cadre que les médecins s'étaient plaints, qu'on avait mal répondu. » Parce que moi j'ai dit que ce n'était pas possible d'avoir ce type de réaction pendant une réanimation. J'en avais discuté avec la cadre. Je lui avais dit que ce n'était pas possible qu'on nous fasse... enfin, elles avaient posé une voie et de l'autre côté elles avaient piqué avec une aiguille pleine. Je leur ai dit : « Il faut qu'on pose une deuxième voie là. » Elles m'ont dit : « Oui, mais on fait ce qu'on peut. » Tu vois, elles m'ont envoyée vraiment chier. Donc je leur ai dit : « Faites comme vous voulez, mais il faut une deuxième voie. » En situation d'urgence, tu ne peux pas non plus toujours dire « s'il vous plaît, est-ce que vous pourriez... » Tu vois. Du coup, là j'ai pris la parole. J'ai dit que ce n'était pas ça que je voulais dire, j'ai essayé d'expliquer mais elles étaient vraiment sur une note très très agressive. Au final, moi j'avais vraiment plus l'impression de me faire défoncer par les infirmières que... on n'était pas du tout dans une démarche positive quoi. J'avais vraiment l'impression qu'on était dans un règlement de comptes. Tout le monde essayait de décharger sa responsabilité de ce qu'il s'était passé. C'était beaucoup plus ça qu'une dynamique de service. Il faut savoir que ce service était assez dysfonctionnel au départ, il y a une assez mauvaise entente entre les paramédicaux et les médecins. Ca, c'était en toute fin de stage, il restait une semaine ou deux. Il y a vraiment des infirmières que j'ai essayé d'éviter toute la fin du stage. Parce que j'ai vraiment eu l'impression que ça avait fait empirer les choses plutôt qu'autre chose cette réunion. Voilà... »

Investigatrice : « Qui avait donné l'impulsion de réaliser la RMM ? »

Ind3 : « C'est nous. On était allé voir le chef de service et on avait dit qu'il fallait qu'on en parle et qu'on fasse une RMM. »

Investigatrice : « Si j'ai bien compris, tu étais alors aussi allée en parler à la cadre infirmière ? »

Ind3 : « Alors, il y avait eu quelques discussions avant la RMM, avec le chef de service. Et tous les matins il y avait un staff où il y avait la cadre. Donc, une fois en fin de staff, on en avait parlé avec la cadre, moi et une des autres internes. On avait dit que ça n'était pas possible, sachant qu'il y avait déjà eu des problèmes avec l'équipe paramédicale mais qu'on n'en avait pas forcément parlé avant. Donc c'était un peu la goutte d'eau de trop. On s'était aussi dit que c'était peut-être un peu moins frontal que d'aller les voir en leur disant que c'était n'importe quoi. Sachant qu'on ne les sentait pas très accessibles. »

Investigatrice : « Et comment avait réagi la cadre ? »

Ind3 : « Elle avait tout à fait compris. Elle avait dit que ça n'était pas possible. C'est une cadre qui est appréciée des paramédicales, et elle leur a dit : « Vous n'êtes pas médecins, quand les médecins vous disent de faire un truc, il n'y a pas de contestation possible, surtout dans une réa. » Mais ce n'est pas du tout passé. Donc après, ça pose la question de savoir comment on arrive à communiquer dans une équipe ? Même si on a vraiment envie de le faire, ce n'est vraiment pas simple. C'est un peu décourageant quelque part. Du coup, moi, c'est en partie, même si ça n'est pas juste cette expérience là, mais ça vient renforcer un sentiment que moi je n'ai vraiment pas du tout envie de travailler en milieu hospitalier. Parce que ce ne sont pas des collaborateurs qu'on choisit, c'est des gens qui ne savent la plupart du temps pas du tout travailler en équipe, ils ne sont pas du tout ouverts au dialogue ou à la critique. Moi je ne trouve pas ça viable du tout. »

Investigatrice : « Est-ce que tu as trouvé que vos démarches pour en parler au chef, à la cadre et même la RMM ont changé quelque chose dans le fonctionnement du service ? »

Ind3 : « Bah oui, ça a aggravé les choses. Ce qui a été décidé aussi c'était de proposer une formation aux gestes de réa. Mais en fait c'était de se greffer à une formation qui existait déjà des urgences adultes. Et un des gros problèmes, c'est que c'est une proposition et que les gens n'y vont pas en pratique. Notamment les deux seniors

concernés qui sont toujours un peu catastrophiques dans ces situations là. Ils arrivent, signent la feuille et se barrent. Donc voilà, derrière on avait quand même un peu l'impression que le chef de service a été un peu trop diplomate. Quelque part le rôle du chef de service c'est aussi quelquefois de ne pas être sympa. C'est un rôle qu'il n'a pas du tout joué. Il disait juste : « Ah oui très très bien, bon... » Voilà... c'est tout. »

Investigatrice : « Vous avez pu reparler de ça avec le chef de service, après la RMM ? De la dégradation de la situation notamment ? »

Ind3 : « Non, lui il ne nous a rien reproché du tout. Il ne reprochait rien à personne lui. Personne n'a dit que ça n'avait servi à rien mais je pense que clairement... Il n'y a pas eu tellement de communication derrière. C'est un sujet dont on a plus reparlé après la RMM.

Et puis après, de toute façon, nous on est partis. Donc je pense qu'ils ont tranquillement enterré ça. »

Investigatrice : « Et donc pour ce qui est des radiologues et des anesthésistes ? »

Ind3 : « Pas de nouvelles, ils n'ont pas été resollicités. »

Investigatrice : « Et avec l'équipe qui était venue intuber, le SMUR ? »

Ind3 : « Alors ce n'était pas le SMUR. C'était la senior des urgences adultes. Mais du coup, à la RMM, le chef de service des urgences adultes est venu pour discuter. Donc au niveau du service, ça a clairement aggravé les choses. Après il y a eu des discussions pour mettre en place des choses, il y a eu des « y a qu'à, faut qu'on ». Le chef de service des urgences a dit qu'ils étaient en train de voir pour faire un protocole sur l'hôpital, pour savoir qui appeler en premier quand il y a une urgence, qui appeler en deuxième etc. Je ne sais pas du tout si ça s'est fait derrière. Il n'y avait absolument rien de prévu comme check-point pour faire le point sur les mesures mises en place. Le chef de service a dit que ce serait bien qu'on fasse un tableau sur les drogues anesthésiques, en fonction des doses et de l'âge des enfants mais derrière il n'y avait pas de date. Il n'y a personne qui a été désigné pour le faire, donc je pense que ça ne s'est pas fait. »

Investigatrice : « Et toi, quels ont été tes ressentis ? »

Ind3 : « Bah déjà le stage ne s'est pas bien passé parce qu'on n'était pas bien encadrés. Ça a été vraiment le truc de trop, le truc où clairement on ne pouvait pas s'en sortir tout seuls. Et on n'a pas eu de backup quoi. »

Investigatrice : « En dehors des questions médicales et organisationnelles, est-ce que vous avez pu parler de vos ressentis, de vous ? »

Ind3 : « On en a parlé entre nous. Et moi du coup j'en ai parlé à mes proches un peu. Et puis moi, d'en parler une fois ça me suffit, je ne vais pas ressasser les trucs... Mais moi, en pratique, j'arrive assez bien à faire la part des choses. Pour ce qui est de l'erreur médicale, j'arrive assez bien à me détacher en me disant qu'on en fait tous et que ce n'est pas moi qui ait la grosse part de responsabilité, que ce n'est pas de ma faute. Ça fait partie un petit peu des choses qui arrivent. Donc moi je n'ai pas un vécu traumatisé de ça. J'ai plus été traumatisée par le relationnel, mais pendant tout le stage : avec tous mes co-internes avec qui ça ne s'est pas très bien passé par ailleurs, et aussi avec tous mes chefs avec qui ça s'est assez mal passé aussi. Enfin, là après mon stage en médecine générale, la suite de mes stages hospitaliers je n'ai vraiment pas envie d'y retourner ! »

Investigatrice : « Est-ce que ça t'a fait réfléchir à certaines choses, à la façon d'améliorer la communication dans ces situations ? »

Ind3 : « Le problème c'est que je pense que ce n'est pas dans des situations où ça ne se passe pas bien qu'il faut commencer à instaurer ce genre de réflexion sur les pratiques en fait. Je pense vraiment qu'un service qui a l'habitude de faire des choses un peu systématiques, de façon régulière, comme je ne sais pas une réunion par mois... pour essayer de refaire le point, déjà ça habitue les gens à ouvrir le dialogue sur les choses. Et donc potentiellement quand il y a vraiment un truc qui ne se passe pas bien aussi gros que ça, si les gens ont l'habitude de parler des problèmes et des erreurs avec les autres membres de l'équipe. Il y a probablement moins de sentiment de jugement, plus de discussion et de positif. Donc je pense qu'une des choses qui devrait à mon avis être faite c'est d'organiser de façon régulière des RMM, soit des discussions de cas, de situations qui ont posé problème. Je pense, qu'en France, on n'a pas vraiment l'habitude déjà d'avoir un retour sur l'évaluation de nos pratiques. A partir du moment où on a quitté l'école entre guillemets, on n'est pas du tout habitué, on est très peu habitué à ce que nos étudiants nous évaluent. C'est quelque chose qui n'est pas du tout le cas dans d'autres pays. Au Canada, c'est extrêmement normal. Ils font très attention aux évaluations des étudiants. Ça a une vraie influence sur la façon d'organiser les services, les enseignements, etc. Ce qui n'est pas du tout le cas en France. Globalement, en France, dans le système universitaire, les mecs ils viennent, ils font leur cours. Si ça ne plaît pas aux étudiants ils n'en ont rien à foutre. Ils se barrent. Ça c'est un des gros problèmes structurels à mon avis. Après c'est bien beau de refaire le monde, je pense qu'il y a un certain nombre de choses qu'il faudrait effectivement refaire à la base, qu'il y ait des sanctions qui s'organisent par rapport aux enseignants qui ne répondent pas du tout aux attentes des étudiants. Qu'il y ait un vrai feedback, ce qui n'existe pas du tout pour l'instant. »

Investigatrice : « Tu parles des enseignants à la fac là ? »

Ind3 : « Oui je parle des enseignants à la fac, mais à mon avis ça commence par là.

Et si tu veux par extension, après au niveau des hôpitaux... après c'est une démarche globale. Donc si tu commences à t'habituer quand tu es étudiant à avoir des retours sur tes profs et des vraies évaluations qui veulent dire quelque chose sur ta pratique à toi, ça te paraît un peu plus normal peut-être de le faire aussi pendant ta pratique professionnelle. Je pense qu'il y a un premier pas qui peut se faire à la fac. Et puis, derrière, d'avoir une organisation un peu plus systématique au niveau hospitalier mais pas seulement. Parce qu'il y en a beaucoup d'entre nous qui ne travailleront pas du tout en milieu hospitalier, donc ne serait-ce que cette démarche, ou des groupes de pairs, des discussions régulières. C'est à mon avis très important. Ça te permet à la fois d'analyser tes erreurs et d'améliorer tes pratiques, de répondre à des questions auxquelles tu n'arrives pas à répondre tout seul par ailleurs. Je pense qu'après ça amène une démarche de questionnement, de remise en question de ce que tu fais qui est pour l'instant à mon avis assez peu développée mais qui je pense se développe paradoxalement dans le milieu libéral, en médecin générale plutôt que dans les services. »

Investigatrice : « Qu'as-tu pensé du cours sur l'erreur à la fac ? »

Ind3 : « Alors je pense que c'est bien d'en parler pendant les études, c'est-à-dire que c'est je pense un sujet dont on ne parle pas assez. Donc c'est bien de l'aborder. Après je trouvais que le premier cours était pas mal parce que ça nous donnait des pistes de réflexions, éventuellement des exemples de communication ou de réactions face à l'erreur médicale qui pouvaient nous servir. Je regrette un peu que l'enseignement n'ai pas été un peu plus axé là-dessus avec éventuellement d'autres critiques de vidéos, de réflexions de ce type là plutôt que... franchement la rédaction des traces... moi j'ai été un peu déçue par le cours retour. Parce que certes ça m'a obligée à mettre sur papier mon expérience, ça m'a permis de réfléchir à ce que j'aurais voulu dans cette situation pour que ça se passe mieux, et sur ce qu'était vraiment une RMM. Mais j'ai trouvé que globalement, pour la plupart d'entre nous, les expériences d'erreurs médicales qui étaient amenées n'étaient pas forcément très didactiques ou très pédagogiques. Du moins, dans la façon dont ça a été présenté, c'est-à-dire qu'il y aurait peut-être eu mieux à tirer, mais chacun présentait son histoire et Eric Galam, disait que c'était intéressant, qu'il y avait plein de pistes de réflexion mais voilà... On n'a pas été aidés en fait. Ok il y a plein de pistes de réflexion mais c'est quoi ? Je m'attendais à ce qu'ils nous aident un peu plus à analyser ce qui s'était passé et à nous aider à comprendre mais au final on a juste tous lu nos histoires. Ça nous a peut-être permis de voir que tout le monde faisait des erreurs mais ça je pense que, maintenant, notre génération, on le sait tous plus ou moins. Je pense qu'on est peut-être une génération qui sait que l'erreur médicale existe et que c'est peut-être un peu moins tabou que ça pouvait l'être pour d'autres générations. Et que là où la fac doit vraiment nous aider, c'est plus pour nous aider à analyser les situations et du coup à réagir face aux situations d'erreurs. Moi, j'aurais aimé qu'ils nous donnent un petit peu plus de pistes, pour que nous on soit un peu plus préparés pour faire face à une erreur médicale. Et pour réagir face à ça. Comment je réagis face à mon patient quand j'ai fait une erreur médicale ? Quels sont les types de structures qui existent qui peuvent m'aider à gérer une erreur médicale, m'aider à gérer les pratiques ? On ne nous parle quasiment pas à la fac des groupes de pairs, moi ce sont mes maîtres de stage en ville qui m'en ont parlé... de ce que c'est qu'une RMM, en pratique, comment organiser ce type de truc quand on est libéral ou médecin généraliste et qu'on travaille tout seul ou avec des associés C'est un peu dommage. Je trouve que ce cours erreur médicale aurait pu nous donner plus de pistes pratiques. Ou alors écouter les histoires des autres mais que derrière ils s'en servent pour nous dire : « Ah bah voilà, là dans cette situation peut-être qu'il aurait été plus adapté de faire ça. » Faire une analyse et apporter quelque chose. Là j'ai trouvé que les étudiants racontaient leurs histoires et que l'enseignant disait que c'était intéressant et qu'il y avait des pistes de réflexion, mais c'est quoi ? Tu comprends ? »

Investigatrice : « Oui, pour toi c'est important d'avoir des cours sur ce sujet là, mais tu aurais préféré qu'ils soient organisés autrement... »

Ind3 : « Oui et je pense que, de plus en plus, les cours à la fac doivent s'axer là-dessus. Ma conception des cours à la fac, je pense que pour ce qui est des connaissances théoriques, on a tous un très bon bagage. Donc l'idée c'est d'arriver à nous faire utiliser nos connaissances dans un contexte de médecine générale et libérale potentiellement. C'est une façon de faire, un relationnel avec les patients, une organisation qui n'a rien à voir avec tout ce que l'on connaît. C'est même une organisation qu'on ne connaît pas du tout, un relationnel qu'on ne connaît pas. Et donc, à mon avis, c'est aussi à la fac et aux médecins généralistes qui viennent donner des cours à la fac, de nous apprendre ce qui existe, de nous donner des clés, des pistes pour nous préparer et savoir comment on peut gérer notre exercice professionnel plus tard, au lieu d'avoir à tout découvrir sur le tard comme on fait. »

Investigatrice : « Penses-tu que des cours plus tôt dans le cursus seraient utiles ? Ou plus fréquents ? »

Ind3 : « Je pense que les erreurs médicales auxquelles on est confrontés lors de nos stages hospitaliers, certes c'est quelque chose, ça va rentrer dans notre vécu de médecin... Mais c'est important au niveau de la gestion et de ce qu'on devra faire derrière, lors de notre pratique de médecin généraliste en ville. Donc je pense que ça n'est pas inintéressant d'avoir un stage ambulatoire pour avoir ce cours là. Au moins, de projeter un peu en situation de médecine de ville, les situations qu'on a pu avoir en médecine hospitalière. Savoir à quoi correspond un relationnel de médecine de ville, comment tu dois gérer les choses. Moi je n'ai pas fait de stage d'externat en médecine générale, mais je pense que tu n'as pas le même vécu que quand tu es interne et face au patient, que c'est toi qui est responsable. Bon on peut en parler plus tôt mais ça ne dispense pas d'en parler lors de l'internat.

En parler plus tôt, ça peut quand même en débloquent certains qui ne savent pas comment en parler, ou qui n'imaginaient pas que les médecins pouvaient en parler entre eux. Mais je pense que ça ne dispense pas d'en parler après. Ça ne va pas susciter les mêmes questions à mon avis. »

Investigatrice : « Je te remercie. As-tu d'autres choses à ajouter ? »

Ind3 : « Je pense que pour ce qui est des cours de la fac, il faut qu'ils arrivent au maximum à axer dans une optique de médecine de ville. Tous les cours bien, ça a été parce que c'était des profs qui avaient une grosse expérience et qui racontaient leur vécu. Des situations qu'on va probablement vivre et qui ne sont pas dans les livres. Moi j'ai vraiment l'impression que le gros truc qui pêche c'est la communication et le relationnel. »

Investigatrice : « Merci beaucoup. »

Fin

Entretien individuel 4. Durée : 33 minutes.

Ind4 : « J'étais en deuxième semestre, aux urgences, aux portes. Un monsieur était arrivé pour une anémie et moi je reprenais les transmissions. Il avait une anémie à 6 grammes, et il avait eu deux culots dans la nuit. Moi je passe à 9 heures, tout va bien. Du coup j'essaie de lui trouver une place. C'était une place en gastro pour une anémie d'origine digestive, mais je ne me souviens plus exactement de la cause. Donc il a eu sa place que j'avais négociée. Et quand je passe en fin de matinée dans les chambres, je vois qu'il a un œdème lingual et des lèvres. Sinon il était stable. Il n'y avait pas de signe au niveau respiratoire. Je me suis posé la question de savoir s'il devait quand même monter dans le service où s'il fallait le garder pour le surveiller. Je suis allée voir ma chef, la PH qui était de l'autre côté des portes. Mais là, elle était hyper occupée avec deux patients en état de mal épileptique. Elle me dit : « Non, non. C'est bon, c'est bon, tu t'en occupes. » J'ai mis le traitement, l'adrénaline et les corticoïdes. Et je l'ai surveillé. Il était stable. Vers 14 heures, c'était l'heure pour qu'il monte dans les étages. Et j'ai essayé de rappeler le service pour les prévenir qu'il allait falloir le surveiller, qu'il avait un œdème dans le cadre d'une réaction allergique qui commençait mais qu'il était stable. Il n'y a rien qui avait changé malgré le traitement. Mais je n'ai pas réussi à les joindre. J'ai juste eu une infirmière qui m'a dit qu'ils étaient partis manger. Et j'ai bippé, ils ne répondaient pas. J'ai transmis à l'infirmière et le patient est monté.

C'est le lendemain que j'apprends, par l'interne des étages de gastro : « Si vous saviez, il y a un patient hier qui est arrivé et il a fait le choc à 18h30. C'était la galère, on a dû mettre un cathéter central dans le service. C'était la panique à bord. » On a repris l'histoire après, avec ma co-interne, parce qu'on était deux internes aux portes. On l'avait vu ensemble parce qu'à chaque fois que j'avais des doutes, on voyait les patients ensemble.

On s'est senties un peu seules par rapport à nos chefs des urgences qui étaient hyper occupés. On en a parlé avec le chef de service. A priori il y avait une réunion qui devait se faire mais je n'ai pas eu de nouvelle depuis. Ça fait six mois ou plus.

Le patient s'en est bien sorti, il a passé quelques jours en réa. Il a fait ensuite son hospitalisation en gastro et puis il est rentré chez lui. Mais c'était... On a repris tous les points, savoir où il y aurait pu y avoir des erreurs. Dans la chaîne des transmissions, dans la conduite à tenir... On s'est dit que c'était un peu de la malchance. En même temps, si le patient n'était jamais monté, il aurait probablement fait son choc à 18h30. Aux portes, ça n'aurait pas changé grand-chose par rapport au service des étages. Mais le chef de service s'était un peu énervé en disant que ce patient n'aurait jamais dû monter, qu'il aurait dû rester aux portes. »

Investigatrice : « Par qui le chef de service en a été informé ? Par vous ? »

Ind4 : « C'est entre les chefs de service que ça s'est passé. Apparemment, il était aussi énervé contre les internes mais bon... Moi je l'ai su en premier, par cet interne de gastro, qui n'était pas énervée contre nous, qui disait que ça aurait pu lui arriver à elle aussi. Elle était passée voir le patient à 17 heures qui y était depuis 14 heures. Elle était seule dans le service aussi. Il y a plusieurs erreurs qui se cumulent. »

Investigatrice : « Et la réunion dont tu me parles ? Tu sais ce que ça a donné ? »

Ind4 : « Oui, ça s'appelle une RMM je crois. Il devait y en avoir une mais finalement je n'ai pas eu de retour. Je ne suis plus dans ce stage mais je ne sais pas si ça a été fait. Mais je suis encore en contact avec le chef de service, donc il faudrait que je lui demande. Mais je me dis que comme on se revoit, s'il y avait quelque chose il me le dirait. Sinon, le chef de service a été très bien. On a parlé avec lui et ma co-interne pendant une heure et demie dans son bureau. »

Investigatrice : « C'est vous qui avez pris l'initiative d'aller lui parler ? »

Ind4 : « Quand j'ai appris que le patient avait fait le choc, c'était le lendemain parce qu'il y avait l'interne des étages qui faisait sa garde qui m'a raconté l'histoire. En même temps, il y avait un des chefs qui n'avait rien à voir dans l'histoire qui a dit : « Ah j'ai entendu parler d'un patient... » Et c'est là que je me suis dit que c'était mon patient, ça me concerne. Et avec ma co-interne, on est allé voir le chef de service après. »

Investigatrice : « Comment s'est passé cet entretien ? »

Ind4 : « Ca nous a quand même beaucoup rassurées. Il nous a dit qu'il ne comprenait pas pourquoi on se prenait la tête comme ça. On a repris tout le dossier ensemble. Il a dit : « Peut-être qu'il y avait des erreurs quand vous avez écrit dans le dossier le traitement mis et ensuite que l'examen était inchangé. Donc si l'état clinique n'avait pas changé, il aurait peut-être dû rester aux portes. » Mais moi j'avais en réalité voulu dire qu'il était stable. Mais c'était plutôt un détail. »

Investigatrice : « Dans quel but vous êtes allées voir le chef de service ? Qu'en attendiez-vous ? »

Ind4 : « C'était d'abord pour reprendre le dossier, voir les problèmes qu'on avait rencontrés, pourquoi il n'y avait pas de chef disponible à ce moment là... Effectivement ça, on en a parlé. Aux portes, ils ont renforcé le semestre d'après avec un interne de plus parce qu'on était un peu débordés quand même. Du coup, on n'a pas seulement abordé le problème de ce cas clinique mais l'ensemble des problèmes qu'on a eu quand on était aux portes. Et ça je pense que c'était finalement un peu la goutte d'eau qui a fait déborder le vase. On voulait reprendre, pour savoir où on avait fait des erreurs. Et puis ça nous rassurait un peu d'échanger, même de libérer un peu l'angoisse. Et voir quel était le ressenti des gens des étages parce que c'était lui qui avait eu le retour des internes et des chefs de gastro, mais aussi par rapport à la famille du patient. »

Investigatrice : « Et alors, qu'est ce que ça avait donné ? »

Ind4 : « La famille ça allait. Sinon pour ceux des étages, on a conclu qu'ils étaient plutôt sous l'effet du stress d'avoir eu à appeler les réas dans le service, alors qu'il n'y avait personne à 18h30 donc c'était un peu l'angoisse pour l'interne de gérer tout ça. »

Investigatrice : « C'est là que vous avez décidé de la réunion ? A quel moment ? Qui l'a proposée ? »

Ind4 : « Oui c'est là. Je ne sais plus qui l'a proposée. Lui ou le chef de service de gastro. Ils voulaient faire une réunion avec les chefs des deux services. »

Investigatrice : « Tu en as parlé avec d'autres personnes ? »

Ind4 : « Déjà avec ma co-interne parce qu'on a essayé de gérer ensemble. Au reste des co-internes aussi, parce qu'on s'entendait très bien. Avec mon copain aussi à la maison, parce qu'à chaque fois que je rentrais, je me libérais un peu. »

Investigatrice : « Tu as été satisfaite de la réaction de ton équipe ? »

Ind4 : « Oui on a été écoutées. Et j'ai appris aussi. Il y avait des choses... je ne voyais pas trop où il y avait un problème. Et en parlant avec ma co-interne, elle me disait qu'on aurait pu faire ça ou ça. Des choses que je ne voyais pas. Et à l'inverse, je me disais pour certaines choses que j'aurais dû faire autrement, alors qu'au final ça n'aurait pas changé grand-chose.

Sinon, une fois, je suis remontée en gastro et je suis tombée sur l'infirmière qui avait été là cette nuit là et elle m'avait dit : « Ah oui c'était toi l'interne qui avait fait monter ce patient ! » C'était un peu bizarre comme réaction mais bon, elle ne m'en voulait pas. »

Investigatrice : « Est-ce que tout cela a changé des choses dans ta pratique ou dans le fonctionnement du service ? »

Ind4 : « Pour le service, ils ont déjà renforcé avec un interne de plus le semestre d'après. Et surtout pour que le chef puisse être présent. Les portes sont divisées en deux parties, un chef restait dans un secteur et les internes de l'autre côté. Et c'est uniquement une fois que le chef avait fini de son côté qu'il venait nous voir. Donc si lui était pris avec un patient, c'était compliqué. Là maintenant il y a un interne d'un côté et deux de l'autre. Et le chef peut être un chef volant pour aller d'un côté et de l'autre. Ils ont repartis différemment les internes.

Pour moi, déjà quand je vois des réactions allergiques avec des œdèmes je réagis différemment, je surveille beaucoup plus. Et déjà ce patient, on a su pourquoi il avait fait cette réaction, c'était à cause de la transfusion qu'il avait eue dans la nuit. On avait déclaré l'accident et ils ont repris le dossier et c'était ça. C'était 12 heures après la transfusion, on ne comprenait pas trop en fait. Ma co-interne a fait une trace de ça aussi. On en a beaucoup parlé. »

Investigatrice : « Tu parlais d'avoir essayé de joindre l'équipe de gastro sans succès avant de transférer le patient. Vous avez pu parler de ça ? »

Ind4 : « Ah oui, c'est le chef de service qui avait parlé avec les gastro. Il leur avait dit que ce n'était pas normal qu'ils ne répondent pas quand on les appelle sur le DECT. En plus, je crois que c'est parce qu'ils partaient manger et ils avaient une réunion. L'interne m'avait expliqué que les chefs ne veulent pas qu'ils répondent au DECT pendant les réunions. Donc les internes ne peuvent répondre à aucune urgence. Et ça, ce n'est pas normal. Après je ne sais pas s'ils ont changé quelque chose en gastro. J'ai appris ça par l'interne par hasard. »

Investigatrice : « Tu penses avoir pu parler suffisamment de tes émotions, de ton ressenti personnel ? »

Ind4 : « Oui ça allait dans ce service, tout le monde était assez ouvert. Après il y a eu d'autres fois où ça n'a pas été comme ça. Tu ne peux pas trop parler. Du coup, effectivement, je me libère un peu avec mon copain. Au

début, je me sentais coupable, un peu angoissée, mais finalement, le fait de voir que l'interne qui avait reçu le patient ne m'en voulait pas, que le patient s'en était sorti... ça apaise un peu les choses. Voilà. »

Investigatrice : « Qu'as-tu pensé du cours de la fac sur l'erreur médicale ? »

Ind4 : « J'ai fait ma trace sur autre chose mais je ne me souviens plus... un petit cas chez le praticien parce que ma co-interne avait déjà raconté cette histoire. Finalement, les gens m'ont dit qu'il n'y avait pas vraiment d'erreur dans le cas que j'ai raconté. Mais je ne pouvais pas reprendre celle là. Je pense que ce cours est utile. C'est utile de parler de l'erreur médicale, parce que plus on en parle, plus ça nous fait réfléchir. Le regard qu'on porte après n'est pas le même. Je pense que ça permet de canaliser un peu la culpabilité, de prévenir d'autres erreurs, de parler, de changer les choses. Dans ce service ils étaient assez réactifs, mais ça n'est pas toujours le cas. Peut-être que le fait d'entendre les histoires des autres internes, tu te dis que tu n'es pas seul, que c'est normal. Enfin peut-être pas que c'est normal, mais que c'est inhérent à la profession. Le moment où ils nous demandent ce qu'on a ressenti avant de raconter notre erreur et après : je me suis rendu compte que les réactions sont différentes. Pour moi, je me sentais coupable au début, avec un peu de honte aussi. On garde ça pour nous... et le fait de le raconter, ça remet en question : « Est ce que je suis un bon médecin ou pas ? » Et une fois qu'on raconte, moi ça me libère. Je ne suis pas toute seule et ça, ça me soulage pas mal. Il y a des gens pour qui ça ne marche pas du tout comme ça. »

Investigatrice : « Tu parles de l'importance de parler de l'erreur médicale, tu as des idées sur la façon dont il faudrait le faire ? »

Ind4 : « Des RMM je trouve ça super intéressant. J'en avais suivie une quand j'étais externe. C'était la première fois et au début j'ai trouvé ça un peu violent parce que ça concernait directement les deux internes qui étaient là. Tout le monde jugeait ce qu'ils avaient fait. C'était comme une sorte de jugement. Mais finalement je pense que ça permet aussi d'enlever la culpabilité, d'en parler. Ça fait réfléchir l'équipe ensemble. Ce n'est pas une erreur que quelqu'un garde pour soi. Le fait d'en parler en équipe, ça fait partager et parfois changer les choses. Mais ça n'est pas répandu dans les services que j'ai vus. Il faudrait plus de RMM. Sinon à la fac, ce cours est intéressant. Je ne sais pas si après on ne finit pas avec la trouille de faire de la médecine défensive. Là c'est l'autre côté du truc. Là, par exemple, je suis en stage de niveau 1 et il me dit que maintenant on nous apprend la médecine de la peur, il me dit qu'il faut quand même oser et que si on sait parler avec les patients, ils sont quand même capables de comprendre, qu'ils comprennent qu'on est humains. Je pense que ça, c'est la vision opposée mais je pense que, de toute façon, c'est intéressant de parler de l'erreur médicale. Je pense que c'est important de continuer à faire ce cours. »

Investigatrice : « Tu penses qu'il faudrait d'autres cours comme celui-là, ou plus tôt dans le cursus ? »

Ind4 : « Je ne sais pas, je pense que là en troisième semestre, c'est le bon moment parce qu'on a un peu d'expérience pour en parler. L'important c'est d'avoir un mécanisme auquel avoir accès quand on est en détresse, qu'on a fait une erreur médicale et qu'on cherche quelqu'un pour en parler, qu'on ne trouve pas. Peut-être que d'avoir quelqu'un à la fac ça serait utile, je ne sais pas. »

Investigatrice : « Une personne spécifique à qui s'adresser ? Mais différente de ton tuteur ? »

Ind4 : « Oui, parce qu'avec son tuteur, on ne parle pas vraiment de ça. Là je n'en ai pas parlé, c'était interne au service. »

Investigatrice : « Merci. Tu aimerais ajouter quelque chose ? »

Ind4 : « Si on me demande de parler d'une erreur médicale, je reste assez focalisée sur cette erreur parce que j'en ai parlé pas mal. Mais il y en a plein, dans le premier service, pour mon premier semestre, il y a effectivement plein de situations où je me suis posée la question « Est-ce que ce qu'on est en train de faire n'est pas du tout la meilleure façon de faire ? » Mais, voilà, le chef de service, il ne se posait pas trop la question. »

Investigatrice : « Et dans ces situations là, est-ce que tu as formulé tes questions à ton équipe ? Où tu gardais ça pour toi ? »

Ind4 : « Oui, on avait deux chefs. Un qui était le chef de service, qui n'était pas très présent. Et l'autre la PH, qui l'était. Alors du coup, j'ai essayé surtout de voir avec elle. Mais, en même temps, ce n'était pas ses patients. Alors, j'essayais d'en parler avec elle parce qu'elle était un peu plus accessible. »

Investigatrice : « Tu te souviens dans quelle situation ? »

Ind4 : « Oui, c'était le premier mois. Ça m'avait choquée. C'était une petite dame qui était arrivée dans le service de médecine interne, avec insuffisance cardiaque. Elle avait, je ne sais pas... Elle avait les protéines dans les chaussettes. Elle faisait des œdèmes partout et moi je n'arrivais pas à avoir un diagnostic. Je ne comprenais pas pourquoi elle avait ces œdèmes là. Et je pense que ça me dérangeait de ne pas avoir de diagnostic, et lui me disait : « Elle a 90 ans, on va voir un peu... Elle n'a pas de famille, on ne va pas non plus trop chercher, ça ne va, de toute façon, pas changer notre attitude. » Du coup, elle a passé un mois et demi dans le service. Parce qu'elle ne pouvait plus rentrer chez elle, à se dégrader. Sans avoir réellement de diagnostic. Je ne sais pas ce qui s'est

passé avec cette dame. Mais, moi, j'ai eu du mal. J'en ai parlé avec l'autre chef. Mais, en même temps, ce n'était pas sa patiente. Elle m'a dit que je devais voir avec l'autre chef. »

Investigatrice : « Et tu l'as fait ? »

Ind4 : « Lui, il me disait à chaque fois que ça ne changerait rien. Ca c'est un peu... En fait, la patiente, elle avait comme seule idée que depuis qu'elle avait mis le pied à l'hôpital, elle n'allait plus en sortir. Et son seul chagrin c'était son chat qui était resté seul à la maison. Et elle voulait voir son chat avant de mourir. On avait même envisagé d'amener le chat dans le service. Mais le chef de service qui était infectiologue, il s'opposait à ça. On en avait parlé un peu, mais avec tout le reste de l'équipe on voulait essayer de faire venir le chat quand même. Mais du coup elle est décédée avant. C'était ma première patiente en fin de vie. On avait trouvé une place dans un établissement loin de chez elle mais on n'a pas eu le temps. En même temps, elle s'était dégradée tellement rapidement.

Le chef de service finalement, il me disait que ça ne changerait rien de trouver le diagnostic. Il se voulait rassurant peut-être en disant que de ne pas trouver ça ne changerait rien. Mais il ne m'écoutait pas vraiment. On a eu plein d'histoires comme ça. En médecine interne, il y avait beaucoup de fin de vie, de gens en précarité sociale ou isolés comme cette patiente. Je pense que lui, il était un peu en burn out peut-être... Parce que le fait de voir ça pendant des années... Finalement je me pose des questions. Je me dis : « Est-ce que je n'aurais pas dû réagir d'une autre façon ? » Pousser un peu plus avec mon chef, je m'en veux un peu. »

Investigatrice : « As-tu un avis, des idées sur ce qui pourrait être fait pour améliorer ce genre de situations ? »

Ind4 : « Oui, les visites. Ca on en a parlé souvent et les internes qui sont passés après ont dit la même chose. J'ai regardé leurs évaluations. Il faudrait qu'il y ait des vraies visites. On ne le faisait pas en équipe, c'était un interne avec son PH de chaque côté. On ne mettait pas en commun les dossiers. Et ça c'est dommage parce que ça permet d'échanger et d'avoir de nouvelles idées. Et avec les infirmières aussi. Parfois, aux transmissions, c'était le bordel. Je pense que si on faisait le tour de tous les patients ensemble, ça serait mieux. Parce que là, si tu voulais un deuxième avis, tu n'en avais pas. On en avait parlé avec le chef de service mais ça n'était pas trop passé (Rires). Alors qu'on a dit ça avant de partir, pour l'évaluation des internes, on était montées une par une dans son bureau. Et les trois internes, on avait dit exactement la même chose mais ça n'a pas changé. Voilà. »

Investigatrice : « Merci. »

Fin

Entretien individuel 5. Durée : 49 minutes.

Ind5 : « Je faisais fonction d'interne, entre l'externat et l'internat. J'étais en médecine vasculaire donc un service assez lourd, avec des patients assez compliqués. Et en plus, début de l'internat, c'était assez stressant. C'était un super stage, un super chef, vraiment top. Donc j'avais une chambre double de patients. Une jeune fille de 20 ans qui avait une maladie de Takayasu qui venait pour trois jours de bolus de corticoïdes, et une dame de 50 ans à côté d'elle qui venait pour une hypertension, plutôt un bilan d'hypertension mal équilibrée.

On me dit dans le bilan de l'hypertension : « Fais-lui un test de freinage avec la dexaméthasone. » Donc on me dit : « Tu lui prescris un comprimé d'un milligramme à minuit. Elle prend le comprimé et le matin, il y aura la prise de sang. » J'étais fatiguée, ou... bref. Je n'ai pas fait attention mais j'ai prescrit la dexaméthasone à sa voisine. C'était des dossiers informatisés. Donc je prescrivais à sa voisine, la jeune qui recevait les bolus. Elle recevait quand même des bolus assez costauds. Le lendemain matin, pendant ma visite, la jeune patiente me dit : « Excusez moi, Docteur, mais je voudrais savoir pourquoi on m'a réveillée à minuit pour me donner un comprimé ? » Alors là, je suis un peu gênée et, bon je rougis assez facilement en plus donc... J'arrive à m'évader un peu et je vais regarder ma prescription. Je me rends compte que je me suis trompée dans ma prescription. Donc elle, elle avait très bien compris... que ce traitement... Elle ne comprenait pas pourquoi. En plus sa mère venait d'arriver et elle me disait : « Je voudrais comprendre ce qui s'est passé. »

Donc je vais voir mon chef toute affolée. Plus énervée par le fait de me dire : « Punaise, je me suis trompée ! » Parce que finalement il n'y a eu aucun impact. J'ai eu un chef qui était génial, qui m'a dit : « Ecoute, ça arrive à tout le monde, ce n'est pas grave. Et surtout il n'y a aucun préjudice. C'est-à-dire qu'elle reçoit cent fois plus que la dose de corticoïdes que tu lui as donné à minuit, donc pour elle ce n'est rien du tout. Et surtout il n'y a aucun préjudice. On va aller lui en parler. » Donc on est allés tous les deux, il a été vraiment chouette. C'est lui qui a dit : « Voilà, on a fait une erreur. » Il a très bien expliqué, parce que bon, c'est quand même important d'expliquer au patient et de dire toute la vérité. Il a dit : « Il y a eu une erreur de notre part, le traitement qu'on vous a donné était destiné à votre voisine mais il n'y a aucun impact parce que vous recevez des bolus d'un gramme alors qu'on vous a donné un milligramme donc c'est une goutte d'eau dans un vase. »

Ce qui m'a vraiment marquée, c'est que, déjà, je m'en voulais. Même s'il n'y a aucun préjudice, tu te dis quand même : « Merde, j'ai quand même fait la faute. » Deuxièmement, la mère... C'est horrible d'avoir la pression du patient. Parce que, eux, ils se sont dit que c'était inadmissible. La mère a demandé à ce que dans le compte-rendu, il y ait noté ce petit aléa. Tu vois ça fait que ça marque ton erreur en fait. C'est vrai que je n'étais vraiment pas bien. Il m'a rassurée, il m'a dit que ce n'était pas grave et on l'a marqué en disant qu'il n'y avait eu aucun préjudice. Voilà, ma première erreur qui m'a bouleversée. »

Investigatrice : « Comment ont réagi la patiente et sa mère quand vous leur avez parlé ? »

Ind5 : « Elles n'étaient pas très contentes d'être victimes d'une erreur médicale. Après elles étaient rassurées parce qu'elles se sont rendu compte qu'il n'y avait pas de préjudice. Elles n'étaient pas contentes même si ça ne changeait rien. Je me mets à la place du patient, tu te dis que ça aurait pu être une erreur avec autre chose. Et moi, c'est ce que je me disais. C'est pour ça que je m'en voulais. Et moi je suis assez angoissée dans ma pratique, et tu vois, je vérifie dix fois mes prescriptions. Je vérifie dix fois les choses. Je prends énormément de temps. »

Investigatrice : « C'est depuis cet événement là ? »

Ind5 : « Je pense que je l'étais déjà avant. Et que, quand tu fais des fautes récupérables et qui n'ont pas d'impact, ça te permet d'être encore plus vigilant. Mais je suis une angoissée déjà à la base. Ce qui est difficile hein. C'est fatigant. »

Investigatrice : « Donc c'est toi qui est allée voir ton chef. Qu'est-ce que tu as pensé de sa réaction ? »

Ind5 : « Mon chef était hyper sympa. Mais même s'il avait été hyper sympa ou pas sympa, je trouve que si tu fais une erreur... ça fait partie de notre pratique, on est humain... Donc même sympa ou pas sympa, je lui aurais dit parce que je trouve que c'est un devoir. Tu fais une erreur dans une équipe... Ce n'est pas ta santé, c'est la santé du patient donc tu te dois de le dire et de ne pas la cacher. Au contraire, il faut accepter ses erreurs. En plus lui, il m'a vue paniquer et il m'a dit : « On en fait tous et en plus celle-ci n'a aucun préjudice donc rassure toi, ce n'est pas grave. »

Investigatrice : « C'est lui qui a proposé d'aller en parler avec toi à la patiente ? »

Ind5 : « Oui, il m'a dit c'est moi qui vais parler. Il a été top ! Par contre, je me suis dit que... les infirmières ne peuvent pas savoir... mais je me suis dit que la nuit, l'infirmière, elle ne s'est pas posé de question... pourquoi elle réveillait la patiente qui a des bolus de corticoïdes. Après c'est normal, elles suivent la prescription... »

Investigatrice : « Tu en as parlé au chef de ça ? Vous en avez parlé avec les infirmières ? »

Ind5 : « Non, pas du tout. Elle a suivi ma prescription en fait. En plus, c'est l'infirmière de nuit, donc je ne la voyais pas. Mais effectivement, elle ne s'est pas posé la question. Et je crois que ma patiente lui a dit : « Pourquoi est-ce que vous me donnez ça ? » La patiente a été interloquée mais elle l'a quand même pris son comprimé. » (Rires)

Investigatrice : « Et avec les autres internes ou médecins ? »

Ind5 : « Non, on n'en a pas parlé avec les infirmières. C'est resté entre mon chef, la patiente et moi. On n'en a pas parlé au chef de service ni aux autres médecins. Mais j'étais tellement angoissée, je lui ai dit : « Et si elle porte plainte ? » Il m'a dit : « Elle pourra porter plainte mais elle n'aura rien. Il n'y a aucun préjudice. » C'est lui qui m'a dit que s'il n'y a pas de préjudice, le patient n'a pas de ... Bien sûr, il faut que ce soit noté et dit... mais il n'y a pas de suite. Ah si ! J'en ai parlé avec mes co-internes. Oui, parce que ça m'a quand même marquée. Tu vois, tu te dis que l'erreur, elle est vite faite. Dans une chambre double comme ça. C'est ça qui m'a le plus stressée. Je me suis dit : « Punaise, il faut être hyper vigilant, tout le temps, tout le temps. » Et en plus, c'est dur. Tu vois, on connaît tous le monde de l'hôpital et je pense que c'est aussi ça le problème, le PH il ne peut pas être là, à chaque fois... Il vérifie déjà beaucoup de choses derrière moi, il ne peut pas tout vérifier. Il vérifie surtout pour les grosses choses, il n'y avait jamais eu de souci. »

Investigatrice : « Tu as le sentiment d'avoir suffisamment pu parler de ton ressenti personnel, au-delà de l'erreur en elle-même ? »

Ind5 : « Lui j'ai pu lui en parler. Après j'en ai parlé plus à mes co-internes, qui m'ont dit : « Attends ça nous arrive tous. » Finalement on est tous victimes, un jour, de ce genre de faute. Ce n'est jamais agréable mais hélas je crois qu'on n'y échappe pas. Mais oui j'ai pu en parler assez facilement. Et je pense que j'ai eu de la chance, le chef a été vraiment sympa de prendre la parole. Il me voyait vraiment désemparée. C'était lui qui parlait c'était très sympa de sa part. Mais il aurait pu me laisser parler, il y a plein de chefs qui font ça. »

Investigatrice : « Est-ce que ça a changé quelque chose dans ta façon de travailler ou dans le fonctionnement du service ? »

Ind5 : « Oui, moi ça m'a rendue plus... encore plus vigilante. Je vérifie un peu trop souvent mes prescriptions comme je te disais. Dans le service, non, parce que je pense que c'était vraiment personnel. Je me suis trompée, je me suis trompée. Moi ça m'a rendue plus vigilante. Mais bon je pense que c'est aussi comme ça, C'est de nos erreurs qu'on apprend. »

Investigatrice : « Et que penses-tu du cours sur l'erreur médicale que tu as eu à la fac ? »

Ind5 : « Alors, le premier cours, sur les trucs généraux, c'est un peu impersonnel. Après le cours où chacun raconte sa trace et ses erreurs, tu te dis que tu n'es pas seule déjà. Tu as l'impression que tout le monde va te regarder, que tu as fait la pire des choses et que tu es la seule à l'avoir faite. Et puis, finalement, on se rend compte que non. Mais il n'y a pas besoin d'un cours pour en parler. Après, ça dépend de sa personnalité, mais

moi au contraire, j'ai tendance à parler. J'ai besoin de partager et je pense que c'est hyper important dans notre métier. Moi je trouvais que c'était bien que chacun raconte un peu ses traces, qu'on se rende compte que personne n'est super fort face à ce genre de choses, que quelle que soit notre pratique on peut faire des erreurs. Je pense qu'au contraire ça a permis de décompresser sur ce sujet là, parce qu'on sait que ça nous pend au nez. Je trouvais que c'était bien. J'ai peut-être préféré le deuxième cours, parce que c'est un cours où on discute. C'est plus un thème où on discute, il ne faut pas un cours magistral et c'est bien parce que ce cours nous pousse à discuter. Je pense que c'est bien pour ceux qui peut-être n'en parlent pas. »

Investigatrice : « Tu penses que c'est plus facile de parler d'erreur après ce cours ? »

Ind5 : « Oui, c'est plus facile et ça te déculpabilise aussi. Parce que, parfois, je pense que tu as un peu honte de certaines erreurs, et je pense que c'est bien d'en parler. Mais je pense qu'il ne faut jamais oublier, qu'il y a l'intérêt du patient, et qu'il faut avouer ses erreurs. On est tous victimes de ça. Quelle que soit notre pratique, en cabinet, à l'hôpital, qu'on travaille de jour, de nuit et il faut rester vigilant, pour l'intérêt du patient. »

Investigatrice : « En pratique, est-ce que tu as des idées, des avis sur ce qui serait intéressant à faire (à la fac, en tant que professionnel, dans les services) ? »

Ind5 : « Moi j'ai eu de la chance depuis le début de mon internat, dans les services où je suis passée. Parce que j'en ai fait d'autres des petites erreurs mais qui ont toujours été rattrapées. Et dans tous les services, j'ai toujours pu en parler ouvertement, avec mes chefs... C'est là que j'ai eu de la chance, c'est quand tu as affaire à des gens intelligents autour de toi. Après je n'ai jamais fait de faute grave mais des petites choses où des questions que j'avais. J'ai toujours pu compter sur mes chefs dans les services où j'étais, ou chez le praticien. C'est très agréable parce que c'est difficile parfois. Et ils t'apprennent qu'en médecine rien n'est carré, que certains vont faire comme ça, d'autres vont faire comme ci, pour un but qui est finalement atteint mais différemment. Par contre là où j'ai été un peu désarçonnée, c'est quand j'ai fait mes premières gardes d'urgences. L'hôpital n'était pas top, j'avais des chefs supers dans mon service mais par contre les gardes de nuit dans le service d'urgence c'était... Là je me suis sentie super seule. Déjà moi je suis une angoissée, mais quand tu es appelée, c'est difficile au début. Alors ce n'est peut-être pas ton sujet, mais déjà quand tu es appelée dans les services, ça je déteste ça ! J'ai toujours été appelée pour des trucs graves en plus. Et après, c'est là que tu te jettes à l'eau et d'ailleurs je me souviens de choses comme ça où après tu as des reproches de ne pas avoir fait ça ou ci. Alors que tu étais un peu seule. »

Investigatrice : « Qui te faisait ces reproches ? »

Ind5 : « En fait, j'ai eu une patiente en détresse respiratoire et en fin de vie. Donc j'avais fait des gaz du sang et mon chef des urgences m'avait dit que de toute façon on n'allait pas aller en réa, vu qu'elle était en fin de vie, et de mettre de l'oxygène. Et le surlendemain, je vois une interne de ce service qui me dit : « Putain, mais tu avais lu ses gaz ? Tu l'as laissée comme ça ? » J'ai dit : « Oui, mais j'avais vu avec mon chef. » Elle me dit : « Mais tu sais que là elle est en réa ? » Tu vois, tu as l'impression d'avoir été... C'est difficile hein ? Et puis, tu vois, des fois les patients ils reprochent des choses aussi. En consultation, ils te disent : « Vous savez je suis allé voir un autre médecin, ce n'était pas cool. » Ils critiquent très facilement et ils mettent en avant une erreur. « Vous avez vu, il n'est pas bon. » Et là ce que je dis, et ce qui est vrai, c'est que je dis : « Ecoutez, on ne peut pas juger, je n'étais pas là quand il vous a examiné. » En fait, les gens sont très exigeants face à nous. Après il y a des choses qui sont honteuses, objectivement. Et c'est comme partout, il y a des médecins qui sont nuls. Mais il peut y avoir toutes les situations. Et puis, tu vois des fois le médecin généraliste qui a fait plein d'examens et après le spécialiste qui arrive à la fin de la chaîne et qui dit « Bah c'était évident pourtant ! » Et c'est très facile d'arriver à la fin de l'histoire. Il se passe beaucoup de choses comme ça et moi je trouve que c'est injuste. Et ce ne sont pas des erreurs en réalité. Mais on ne peut pas tout voir. On n'est pas des robots et la médecine ce n'est pas exact. C'est ça qui est difficile, c'est que ce n'est pas exact. Et les gens ont du mal à le comprendre. Ils sont très exigeants envers leurs médecins. C'est une réalité. C'est difficile de faire face à cette exigence et je pense que parfois ils nous mettent la pression aussi. »

Investigatrice : « Merci, il ya quelque chose que tu voudrais ajouter ? »

Ind5 : « Non, mais c'est vrai que concernant mon erreur, j'ai eu de la chance. Déjà parce que ça n'a pas été grave pour la patiente et en plus j'ai eu un chef qui a été très présent. Mais ce n'est pas toujours comme ça. »

Fin

Annexe 3 :

Fiche de conseils aux médecins confrontés à une erreur médicale ;
Dr R. Amalberti (Responsabilité, oct 12, vol 12, N°47).

Pour ne pas faire de « seconde victime » à une erreur médicale.

Une erreur médicale n'est souvent pas racontable, pas acceptable. Son occurrence blesse le patient, et son enterrement blesse en retour le médecin, laissant des traces indélébiles rejaillissant secondairement sur la pratique. Il est la « seconde victime » ; Sans aide, il peut facilement entrer dans une spirale négative pouvant conduire à une accélération du burn-out, avec un impact réel sur la santé...

Rappelez-vous : **Vous êtes la seconde victime.**

Parlez et partagez avec votre entourage et vos collègues, provoquez les occasions.

Faites un break si la pression est trop forte.

Ne développez pas de stratégie de fuite : pas de médecine défensive, pas de minimisation ou d'ignorance du problème.

Rappelez-vous : **Vous êtes un collègue.**

Ecoutez et respectez le propos du collègue victime.

Aidez-le à banaliser son fait singulier, en reconnaissant qu'il peut arriver à tous.

Cherchez des solutions avec lui, en reconnaissant qu'elles vous feront progresser aussi ; vous n'êtes pas différent, vous avez simplement eu de la chance que l'évènement ne vous arrive pas personnellement.

Soyez confraternel, ne donnez pas de signaux d'évitement du collègue ; essayer au contraire de provoquer des occasions montrant que vous ne l'excluez pas.

N'oubliez pas : quelle que soit votre relation à ce problème, victime, aidant ou les deux, vous êtes concerné. Comme souvent en matière de sécurité, rien n'est totalement intuitif.

TITLE: Discussion about medical error between medical practitioners

Impact of an education in Paris Diderot University

SUMMARY

Context: Medical error is a sensitive topic. The obligation of informing the patient and its impact on the medical staff is proven. We wanted to explore the exchanges between the medical staff in the case of an established or alleged medical error, whether it is a personal one or a colleague's one. We studied the perception of these exchanges by the medical school students, their needs and their viewpoints regarding a university class given in Paris Diderot University.

Method: We carried a qualitative survey, by organizing partly supervised individual interviews or focused groups with Paris Diderot medical school students and from other medical schools in the Ile de France region. We collected 47 cases of errors.

Results: Medical school students easily ask their senior colleagues for help, when they encounter difficulties for taking care of a patient. This does not always prevent them from making error. Once the error occurred, its discovery by the student who is responsible for it, always turns out to be brutal. At that moment, requesting assistance from a more experienced colleague may become a really hard task. The student who is also the second victim torn by many negative feelings. There will be other feelings growing from discussions with the colleagues. The medical school students expect a respectful teaching from their elders. They would rather seek comfort among their co-worker students. The exchanges with the paramedical staff can be based on sympathy but also on mistrusts.

The education in Paris Diderot University is appreciated by the medical school students. They need the creation of group discussions dealing with medical errors experiences, based on an internship program, involving the whole medical staff.

Conclusion: The discussions between the practitioners after a medical error determine the handling of this trauma by the practitioner, who is the second victim, and they are also the conditions for an introspective analysis. The expectations of the medical school students are clear, and the work of the practitioners and the school board are essential for the development of these exchanges. (337 words)

Key words: Medical error, communication, discussions, exchanges, practitioners, impact and university education

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse

Université ... *Paris Diderot*

Le Professeur

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

Date *17.10.16*



DOCTEUR JEAN PIERRE AUBERT
92, RUE HERMEL
75018 PARIS
75 1 45 00 8 5 1 00 11 3 1 3 1 1 1
01 - MÉDECINE GÉNÉRALE
751.01.46.06.92.82
Carr. Hono. LIBRES

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Philippe RUSZNIEWSKI

TITRE : Parler de l'erreur médicale entre soignants

Impact d'une formation de l'université Paris Diderot pour les internes de médecine générale

RESUME

Contexte : L'erreur médicale est un sujet sensible. Le devoir d'information du patient et l'impact sur les soignants sont démontrés. Nous avons souhaité explorer les échanges entre soignants dans le cadre d'une erreur médicale avérée ou supposée, qu'elle soit sienne ou celle d'un confrère. Nous avons étudié la perception de ces échanges par les internes de médecine générale, leurs besoins et leur avis concernant un enseignement universitaire dispensé par l'Université Paris Diderot.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés, individuels ou en focus groupes avec des internes de médecine générale de l'université Paris Diderot et d'autres facultés d'Ile de France. Nous avons recueilli 47 récits d'erreurs.

Résultats : Les internes sollicitent facilement leurs seniors lors de difficultés dans la prise en charge d'un patient. Ceci ne permet pas toujours d'éviter la survenue d'une erreur. Une fois survenue, la découverte de son erreur par l'interne responsable est toujours brutale. La sollicitation d'un senior à ce moment est une épreuve pouvant être difficile. De nombreux sentiments négatifs affectent l'interne, seconde victime. D'autres sentiments vont naître des échanges avec les collègues. Les internes attendent un enseignement de leurs aînés, empreint de respect. Ils s'orientent davantage vers leurs co-internes pour être réconfortés. Les échanges avec les paramédicaux peuvent être teintés de solidarité mais également de défiances.

L'enseignement proposé par l'université Paris Diderot est apprécié par les internes. Ils expriment le besoin que des groupes d'échanges sur les erreurs vécues soient créés sur les terrains de stage, faisant participer l'ensemble des soignants.

Conclusion : Les échanges entre soignants suite à l'erreur médicale ont un impact déterminant sur la gestion de ce traumatisme par le soignant victime et conditionnent l'analyse réflexive. Les attentes des internes sont claires et un travail à la fois des soignants, des institutions et des universités est indispensable au développement de ces échanges.

Mots-clés : erreur médicale, communication, échanges, soignants, impact, formation universitaire